



Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES SO en travail social

Haute Ecole de Travail Social

Intimité, sexualité et travail social :

Aborder et intégrer les aspects sexuels lors de
l'accompagnement des usagers dans les champs du
handicap mental et de l'addiction sexuelle.

Etudiante : Elodie Franzé
Professeure : Marie-Luce Délez

Promotion : BAC ES 11 PT
Filière : Education sociale

Sion, le 24 octobre 2014

Résumé

Ce travail de recherche s'intéresse aux questions d'intimité, de sexualité et de sexualités inavouables dans les champs du handicap mental et de l'addiction sexuelle. Effectivement, l'éducateur social sera confronté dans son travail à ce genre de problématiques souvent taboues et évitées : il est important de définir de quelle manière ces questions sont abordées et intégrées au quotidien lors de l'accompagnement. Il est encore à l'heure actuelle difficile pour la société de s'imaginer qu'une personne handicapée mentale ait des désirs et des besoins sexuels comme une personne dite normale, mais également de reconnaître et accepter que l'addiction sexuelle est une maladie, celle de la dépendance, et non pas un vice ou de la perversité.

Ce travail contient d'abord une première partie de concepts théoriques, qui présenteront la sexualité, l'intimité, l'addiction en général suivie de l'addiction sexuelle et le handicap. Par la suite viendra l'analyse des données. Pour cette partie, six entretiens ont été menés et répartis de la manière suivante : trois entretiens avec des éducateurs sociaux travaillant dans le domaine du handicap mental, dont deux dans la même institution et trois entretiens avec des éducateurs sociaux travaillant dans le domaine de l'addiction, dont deux dans la même institution.

Finalement, une synthèse sera faite sur les données récoltées et l'hypothèse formulée sera vérifiée. Ce travail permettra donc de mettre en lumière si l'éducateur social intègre ou non les questions d'intimité, de sexualité et de sexualités inavouables lors de son accompagnement auprès de l'utilisateur dans les deux champs de recherche investigués.

Remarques

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que l'auteur.

Par souci de lisibilité, le masculin sera utilisé tout au long de ce travail.

Mots-clés

Intimité, sexualité, inavouable, addiction, dépendance, déviance, sexe, handicap mental, intégrer, aborder, tabou, accompagnement.

Remerciements

Je remercie chaleureusement :

Marie-Luce Délez, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée tout au long de ce travail de recherche.

Raphaël Debons, qui m'a prodigué d'excellents conseils et a su me redonner confiance en mon travail.

Les six éducateurs interrogés pour les entretiens, sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pas été possible.

Sophie Nicole, pour son entretien exploratoire au début de ce travail.

Florence et Marie-Hélène pour leur relecture minutieuse.

Joëlle pour la mise en page.

Table des matières

Résumé	i
Remarques.....	i
Mots-clés	i
Remerciements.....	ii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	vii
Liste des abréviations	vii
Zusammenfassung der Bachelorarbeit.....	viii
Einführung	viii
Zusammenfassung.....	viii
Schlüsselwörter	ix
Introduction.....	1
Motivations – Choix de la thématique	1
Propre intérêt pour le domaine de la sexualité.....	2
Atout pour ma formation	3
Question de départ.....	3
Lien avec l'Unité Thématique « Professionnalités » de la filière Travail Social (HESSO Valais).....	4
1 Approche théorique	5
1.1 La sexualité.....	5
1.1.1 Sexualité et reproduction.....	6
1.1.2 Etymologie et origines de la sexualité.....	7
1.1.3 Le comportement sexuel, le plaisir sexuel et l'expression de la sexualité.....	7
1.1.4 La sexualité et les normes sociales.....	8
1.1.5 L'hétérosexualité	11
1.1.6 L'homosexualité	12
1.1.7 La masturbation.....	13
1.1.8 La sexualité et la question de genre.....	14
1.1.9 L'hétérosexualité, l'homosexualité et la question genre	16

1.1.10	Les sexualités déviantes	16
1.2	L'intimité.....	18
1.2.1	Les différentes formes d'intimité	18
1.2.2	L'histoire de l'intimité	19
1.2.3	Le travail social face à l'intimité	20
1.3	Droit, intimité et sexualité.....	22
1.4	Sexualité, intimité et travail social, un lien entre ces éléments.....	23
1.5	Sexualités inavouables	24
1.6	L'addiction sexuelle et ses différentes composantes.....	25
1.6.1	Un phénomène émergent	25
1.6.2	L'addiction ou la dépendance en général	26
1.6.3	Différences entre « addiction » et « dépendance ».....	27
1.6.4	L'addiction sexuelle	27
1.6.5	Les trois stades de l'addiction sexuelle	29
1.6.6	Les quatre phases de l'addiction sexuelle.....	29
1.6.7	Les différences entre addiction sexuelle, dépendance affective et co-dépendance	30
1.6.8	Le déni	31
1.7	Handicap mental et sexualité	32
1.7.1	Le handicap mental	32
1.7.2	Le handicap physique	33
1.7.3	Le handicap sensoriel	33
1.7.4	Le handicap psychique	34
1.7.5	Les représentations liées à la sexualité des personnes handicapées mentales.....	34
1.7.6	La sexualité des personnes handicapées mentales en institution	35
2	Problématique.....	38
3	Question et hypothèse	39
3.1	La question de recherche	39
3.2	L'hypothèse	39
4	Méthodologie	41

4.1	Méthodologie choisie et appliquée.....	41
4.2	Echantillonnage	41
4.3	Contextes institutionnels.....	42
4.3.1	L'éducateur 1 (E1) et l'éducateur 5 (E5).....	42
4.3.2	L'éducateur 2 (E2)	42
4.3.3	L'éducateur 3 (E3) et l'éducateur 4 (E4).....	42
4.3.4	L'éducateur 6 (E6)	43
5	Analyse des entretiens	44
5.1	L'intimité.....	44
5.1.1	L'intimité abordée entre l'éducateur et l'utilisateur	44
5.1.2	L'intimité abordée entre l'institution et l'utilisateur	45
5.1.3	L'intimité abordée avec la famille des usagers	46
5.1.4	L'intimité intégrée entre l'éducateur et l'utilisateur	47
5.2	La sexualité	48
5.2.1	La sexualité abordée entre l'éducateur et l'utilisateur.....	48
5.2.2	La sexualité abordée entre l'institution et l'utilisateur.....	50
5.2.3	Réactions face à un comportement jugé déviant ou inadapté	51
5.2.4	Une charte institutionnelle sur la sexualité.....	51
5.2.5	Une demande axée sur la sexualité refusée ou négligée	52
5.3	L'espace de parole pour l'utilisateur.....	53
5.4	Offres ou prestations en matière de sexualité au sein de l'institution	54
5.5	Travail en réseau	55
5.5.1	La sexualité discutée entre éducateurs.....	55
5.5.2	La sexualité discutée avec des intervenants extérieurs	56
5.6	L'avouable et l'inavouable.....	56
5.6.1	L'avouable	56
5.6.2	L'inavouable	57
5.6.3	Le handicap mental et la sexualité, quelque chose d'inavouable ?	58
5.6.4	L'addiction sexuelle, quelque chose d'inavouable ?	58

5.7	Avis personnel des éducateurs.....	59
5.7.1	Sur la sexualité des personnes handicapées mentales en institution.....	59
5.7.2	Sur l'addiction sexuelle.....	60
5.8	Vérification de l'hypothèse	60
5.9	Synthèse des entretiens	62
6	Limites de la recherche	64
7	Bilan	65
	Conclusion	66
	Références	67
	Les associations ou institutions	67
	Association Pygmalion	67
	Fondation Phénix – Genève.....	67
	HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève)	67
	Clinique Belmont	68
	Le CRMT (Centre Résidentiel à Moyen Terme)	68
	Le Toulourenc	68
	Bibliographie.....	70
	Sites Internet	71
	Cours HES – HES SO Valais/Wallis, filière Travail Social	74
	Annexe : Grille d'entretien	75

Liste des tableaux

Tableau 1 - Echantillonnage	41
-----------------------------------	----

Liste des figures

Figure 1 - La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow	6
Figure 2 - Logo « Peace and Love » de mai 68	9

Liste des abréviations

IPPF	International Planned Parenthood Federation
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
CER	Centre Educatif Renforcé
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
DASA	Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes

Zusammenfassung der Bachelorarbeit

Dans le cadre de ma formation en bilingue, je suis amenée à faire un résumé de mon travail de bachelor dans la deuxième langue d'études, à savoir l'allemand.

Im Rahmen meiner zweisprachigen Ausbildung als Sozialpädagogin verfasse ich die Bachelorarbeit auf Französisch. Dennoch muss ich eine Zusammenfassung auf Deutsch schreiben.

Einführung

Zu Beginn meiner Bachelorarbeit hatte ich den Wunsch, über die Sexsucht zu schreiben. Dieses Thema ist sehr heikel und wird tabuisiert. Es wäre eine Herausforderung gewesen, ein solches Thema zu bearbeiten. Nach einer Diskussion mit meiner Dozentin der Bachelorarbeit, habe ich entschieden, über ein breiteres Thema im Bereich der Sexualität zu schreiben. Der medizinische Bereich hat noch den Fokus über die Sexsucht und die Sozialpädagogen (oder die Sozialarbeit) spielen noch keine wichtige Rolle. Es wäre zu schwierig gewesen, Informationen zu sammeln und konkrete Beispiele aufzeigen zu können. Damit ich trotzdem über Sexualität schreiben konnte, habe ich beschlossen, in meiner Arbeit zwei Themen zu integrieren: die Sexsucht und die Sexualität im erwachsenen Behindertenbereich.

Vor zwei Jahren habe ich ein Praktikum in einer Zürcher Institution absolviert. Ich habe auf einer Wohngruppe mit neun Bewohnern gearbeitet und die Frage der Sexualität ist nie aufgenommen worden. Die Bewohnerinnen und Bewohner hatten alle eine geistige Behinderung mit einer zusätzlichen körperlichen Behinderung.

Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage der Sexualität, der Intimität und der tabuisierten Sexualität im Behindertenbereich sowie im Bereich der Sexsucht. Die Sozialpädagogen werden während der Arbeit mit dieser Problematik konfrontiert, welche häufig ignoriert wird. Es ist für die Gesellschaft immer noch schwierig, sich vorzustellen, dass eine geistig behinderte Person ein sexuelles Leben haben will oder dass die Sexsucht eine Krankheit und keine Perversität ist.

Diese Arbeit enthält zuerst theoretische Konzepte, welche Sexualität, Intimität, Sucht, Sexsucht und Behinderung vorstellen. Für die Analyse wurden sechs Gespräche geführt. Drei Gespräche wurden mit Sozialpädagogen geführt, welche im Behindertenbereich arbeiten und drei Gespräche mit solchen, die im Bereich der Sucht arbeiten.

Am Ende wurde eine Synthese verfasst und die formulierte Hypothese überprüft. Diese Arbeit zeigt, ob Fachpersonen der Sozialpädagogik die Sexualität und die während der Betreuung berücksichtigen.

Schlüsselwörter

Intimität, Sexualität, Sucht, abweichendes Verhalten, geistige Behinderung, berücksichtigen, Tabu, Betreuung

Introduction

Motivations – Choix de la thématique

Au début du 4^{ème} semestre de ma formation, lorsque les cours sur le travail de bachelor ont débuté au sein de la HES de Sierre, j'avais d'abord comme idée de faire mon travail sur le thème de la cyberaddiction. Après mûre réflexion, j'ai décidé de laisser de côté cette possibilité, car je me suis rendue compte que je n'aurais pas pu traiter ce sujet de façon objective. Ayant toujours eu une certaine « aversion » envers les ordinateurs et internet, j'aurais certainement eu beaucoup de mal à rester neutre vis-à-vis de ce sujet. De plus, le séminaire suivi dans le module G10, enjeux actualisés de l'éducation sociale (S. Lorenz, 2013), m'a confortée dans mon choix de changer de thème. Je voulais néanmoins rester dans le domaine des dépendances et de plus, travailler sur un sujet qui sortait de l'ordinaire, qui était relativement tabou. J'ai donc par la suite choisi le thème de l'addiction sexuelle. Ce qui me motive dans cette thématique, c'est de pouvoir travailler sur un sujet complexe pendant à peu près un an, sujet que j'ai pu choisir moi-même. Comme déjà dit, je souhaitais faire mon travail de bachelor sur un thème délicat, sortant de l'ordinaire, qui mettrait en évidence certaines réalités que la société ignore ou du moins ne veut pas voir. La sexualité en général est un sujet tabou, parler d'addiction sexuelle est presque inimaginable pour certaines personnes. Ce qui m'intéressait était tout d'abord de comprendre et d'essayer de ressentir ce que vivent ces personnes addictes¹, de voir à quel point il est difficile de vivre avec cette addiction.

Initialement, je souhaitais orienter ma question de recherche du côté de l'accompagnement qu'un éducateur peut offrir à une personne addictive sexuelle durant le traitement. Afin de vérifier mes dires, j'ai mené très rapidement un entretien avec Mme S. Nicole, directrice de la Clinique Belmont à Genève, psychologue et spécialiste de la dépendance sexuelle. Celle-ci m'a affirmé que l'éducateur social n'a pas sa place dans le traitement, cela est du ressort d'un coach en santé ou de psychothérapeutes. Selon elle, lors du traitement, il s'agit concrètement de mettre en place des outils thérapeutiques que la personne doit entraîner, et n'a donc pas besoin d'un éducateur pour le faire. En revanche, elle doit tenir un journal, autrement dit un cahier d'exercices et d'évolution de stades. D'après Mme S. Nicole : « *Je vois pas bien ce que l'éducateur ferait là-dedans* ». Ces affirmations n'engagent qu'elle.

¹ Le terme « addict » est un anglicisme signifiant « drogué, accro ». Il sera accordé tout au long de ce travail en fonction du genre et du nombre.

J'ai donc décidé, après discussion avec ma directrice de mémoire, de réorienter totalement ma question de recherche, afin de ne pas partir dans une direction qui m'aurait finalement menée nulle part ou qui aurait été bloquée par le milieu médical.

Après de nombreuses lectures et recherches, j'ai été contrainte à renoncer à axer mon travail uniquement sur l'addiction sexuelle et l'accompagnement ou le soutien que peut apporter un éducateur social. En effet, il y a peu de littérature dans ce domaine, et comme cette addiction est encore relativement méconnue et émergente, je n'aurais pas eu assez d'exemples ou de témoignages sur lesquels me baser pour ma partie analyse. Néanmoins, ayant toujours cette envie de rester dans le champ de la sexualité et du tabou, j'ai décidé de donner une nouvelle tournure à mon travail en y intégrant la question de l'intimité et des sexualités inavouables dans le travail social. Pour se faire, j'ai donc focalisé mon travail sur deux domaines pouvant relever de l'inavouable : la sexualité des personnes handicapées mentales en institution et, pour tout de même pouvoir travailler sur mon sujet initial, l'addiction sexuelle.

Mon objectif est d'analyser et de vérifier si l'éducateur social prend en compte les questions d'intimité et donc de sexualités inavouables dans son accompagnement auprès de l'utilisateur, tout en mettant l'accent sur les deux domaines de recherche précités, mais également de faire un lien entre intimité, sexualité et la dimension d'inavouable.

Propre intérêt pour le domaine de la sexualité

Depuis quelques années, on assiste à une augmentation des témoignages dans les journaux sur la sexualité. Celle-ci n'est pas forcément en rapport avec une addiction sexuelle ou un handicap mental, mais sur la sexualité en général. Je trouve ce sujet très intéressant et complexe. De plus, faire mon travail de bachelor sur un sujet comme celui-ci était un « défi » que j'étais prête à relever, car j'étais consciente du fait que j'allais rencontrer beaucoup de difficultés durant cette année à venir et c'était surtout ça qui me passionnait et me motivait. J'ai aussi effectué mon premier stage dans une institution zurichoise pour personnes adultes handicapées mentales et physiques, et la question de la sexualité n'y était quasiment jamais abordée. En effet, durant mes cinq mois de travail, je n'ai jamais été confrontée à cette question, ni de la part d'un résident, ni lors de colloques avec les membres de l'équipe éducative. Etre épanoui sexuellement contribue à une bonne santé mentale et le sujet de la sexualité ne peut être ignoré : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence* » (Organisation mondiale de la Santé, 2014). De plus, la sexualité est un droit, et toute personne, qu'elle soit handicapée men-

tales ou non, devrait en avoir la jouissance. C'est donc la raison pour laquelle je vais me concentrer sur la sexualité des personnes handicapées mentales en institution.

Atout pour ma formation

Grâce au travail de bachelor, j'ai acquis de nouvelles connaissances dans le domaine des addictions tout au long de mes recherches, mais également dans celui de la sexualité et l'intimité dans le travail social, ce qui sera un atout important pour la suite de ma formation. Ayant fait mon premier stage dans le champ du handicap mental et ayant suivi un tout autre thème avec le module Oasis, j'aurai, grâce à ce sujet, une ouverture en plus sur le monde du travail.

J'ai déjà eu l'occasion, avec le module G10, enjeux actualisés de l'éducation sociale (S. Lorenz, 2013), de suivre un séminaire sur les addictions et de faire des recherches dans ce champ-là, ce qui me fût utile pour la suite de mes investigations.

De plus, ce travail de Bachelor sera peut-être ma « carte de visite » pour la suite de ma carrière professionnelle, car même si je n'ai pas encore de but précis, l'idée de poursuivre dans le domaine de la sexualité (éducation sexuelle, sexualité des personnes handicapées) m'a déjà effleurée, et plus particulièrement dans le domaine des addictions au sexe. A l'heure actuelle, le thème de la sexualité n'est encore que très légèrement abordé, que ce soit dans les institutions pour personnes handicapées mentales ou pour personnes addictes sexuelles. Mon objectif professionnel, aussi utopique soit-il, serait de pouvoir exercer dans ce domaine, et de faire en sorte que ces aspects-là soient reconnus, pris en compte, traités, que les personnes handicapées mentales ou addictes sexuelles ne restent pas dans l'ombre et avec une certaine souffrance en elles par manque d'écoute et de moyens mis en place pour combler leur désir ou apaiser leur mal-être.

Question de départ

Le but de ce travail, comme déjà cité, est de mettre l'accent sur les questions d'intimité et de sexualités inavouables auxquelles l'éducateur social est confronté lors de l'accompagnement de l'utilisateur. Comment fait-il face à ces questions souvent taboues, délicates et mal appréhendées dans le travail social ? Ces questionnements seront l'objet de ce travail de recherche. Dès lors, ma question de recherche qui constituera l'impulsion de mon travail est :

Comment l'éducateur social intègre-t-il l'intimité, la sexualité et les sexualités inavouables lors de l'accompagnement de l'utilisateur dans les champs du handicap mental et de l'addiction sexuelle ?

Lien avec l'Unité Thématique « Professionnalités » de la filière Travail Social (HESSO Valais)

Le point central de cette unité thématique est de repérer et questionner les adaptations du travail social face à des problématiques nouvelles ou émergentes. De quelle manière le travail social va-t-il adapter son action face à de nouveaux problèmes sociaux ?

Force est de constater que l'addiction sexuelle est un problème émergent et nouveau, son terme étant apparu dans les années 1970. Notre rôle en tant que travailleur social est de s'adapter et réorienter nos actions face à ce problème. L'éducateur social est un élément important du réseau que cette addiction peut mobiliser, car il aura un rôle de première ligne au niveau de la prévention primaire et secondaire. Mais également, les termes de sexualité, intimité, inavouable, tabou reviennent de plus en plus fréquemment dans notre langage de travailleur social, et il est nécessaire de les prendre en considération et de leur donner une certaine importance. La question de la sexualité n'est certes pas nouvelle et émergente. Néanmoins, lorsque celle-ci cache la dimension d'inavouable, elle est subitement tue, mise à l'écart, voire ignorée. Comment le travail social ainsi que le travailleur social vont-ils agir, orienter leurs actions, afin d'intégrer ses notions lors de l'accompagnement de l'utilisateur ?

1 Approche théorique

Dans cette partie seront présentés les différents aspects théoriques concernant la thématique, c'est-à-dire la sexualité, l'intimité, le travail social, les sexualités inavouables mais encore l'addiction sexuelle, et la sexualité en lien avec le handicap mental. Chaque thème sera développé plus en détails avec des sous-points.

1.1 La sexualité

Il est difficile de donner une définition claire et précise de la sexualité, tant ce terme a été maintes fois décrit par beaucoup de « spécialistes ». La sexualité peut être vue comme l'ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuel et à sa satisfaction liée ou non à la génitalité. Cet aspect de la sexualité a « toujours » existé (en tout cas bien avant l'apparition de l'espèce humaine).

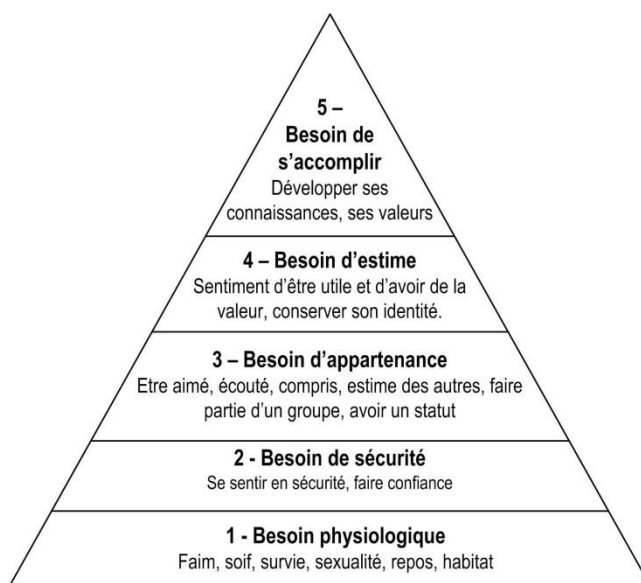
La pensée de la sexualité n'apparaît guère avant le XVII^{ème} ou le XVIII^{ème} siècle. Effectivement, pour Michel Foucault (1926-1984), philosophe, psychologue et sociologue français qui étudia de nombreux thèmes, notamment celui de la sexualité (Larousse, 2014), cet intérêt porté à la sexualité est quelque chose de très récent puisque si le sexe remonte au XIX^{ème} siècle, lorsqu'il devient entre autre une affaire de police, la sexualité apparaît seulement au XVIII^{ème} siècle. Avant pour Foucault, on ne peut parler que d'une chair de plaisir. C'est donc à partir du XIX^{ème} siècle que l'on a réussi à effectuer une transition fondamentale. En ce qui concerne la compréhension de la sexualité, elle sera désormais perçue essentiellement à partir de termes médicaux. Toujours selon Foucault : « *Il ne faut pas décrire la sexualité comme une poussée rétive, étrangère par nature et indocile par nécessité à un pouvoir, qui de son côté, s'épuise à la soumettre et souvent échoue à la maîtriser entièrement* » (Observatoire Régional de la Santé Nord, Pas-de-Calais, France, 2009).

Mais encore, le terme de sexualité tiré du lexique des termes sexologiques donne la définition suivante : « *Phénomène humain complexe conjuguant les aspects biologique, psychologique, érotique, moral et culturel qui font que chacun se perçoit, agit, vit comme homme ou femme* ». Il englobe donc l'identité sexuelle ainsi que les activités sexuelles et érotiques. C'est un potentiel humain présent de la naissance à la mort (Saint-Aimé, 2009, p 18).

La sexualité a une grande importance pour le bien-être de la personne. Celle-ci se retrouve au bas de la pyramide de Maslow, qui classe les besoins du bas en haut, selon leur degré d'importance pour tout être humain (figure 1, page suivante). La sexualité fait partie des besoins dits « physiologiques », c'est-à-dire des besoins/produits reliés au fonctionnement du corps humain.

Dans ce travail, le lecteur retrouvera souvent le mot « sexualité » accordé au pluriel. Nous parlerons donc par exemple de *sexualités déviantes*, *sexualités inavouables*, etc. Cela se justifie par le fait qu'il n'existe pas qu'une seule forme de sexualité, quand bien même ce terme est une généralité pour rassembler toutes les pratiques, toutes les déviances, tous les domaines s'y référant.

Figure 1 - La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow



Source : http://une-entreprise-et-des-hommes.fr/wp-content/uploads/2014/06/Maslow-pyramide_001-320x304.jpg

Cette figure représente donc la pyramide d'Abraham Maslow, célèbre psychologue, considéré comme le principal meneur de l'approche humaniste, surtout connu pour son explication de la motivation par la hiérarchie des besoins (Babelio, 2012). Force est de constater que le concept de sexualité se retrouve au bas de la pyramide, avec d'autres besoins vitaux, tels que la faim, la soif, l'habitat, etc.

1.1.1 Sexualité et reproduction

Une définition anatomique de la sexualité est importante. La sexualité regroupe l'ensemble des pratiques sexuelles des êtres sexués. Ces mots font référence à la reproduction. Plusieurs facteurs biologiques influencent et renforcent l'instinct de procréation. En effet, hormones sexuelles, zones érogènes principales (vagin, clitoris, pénis...), réflexes spécifiques (érection, éjaculation, lubrification) sont autant de facteurs qui permettent de remplir la fonction de reproduction de la sexualité (Maquelin G., 2009, p 16). Nous pouvons conclure que les aspects instinctif et naturel rentrent en ligne de compte : « *La sexualité humaine est devenue continue et ne dépend plus du contrôle physiologique de la reproduction. Reproduction et sexualité sont dissociées* » (CNDP, 2014).

1.1.2 Etymologie et origines de la sexualité

L'origine du mot « *sexualité* » provient du latin « *secare* », qui signifie « *couper, diviser* ». « *L'on se dit que oui, c'est peut-être cela la "sexualité", la séparation de l'âme et du corps de l'autre, et l'espoir un peu fou de retrouver, le temps d'une étreinte, cette unité primordiale perdue* » (Casta-Rosaz F., 2004, p 7).

D'après cette définition, la sexualité est une chose qui se vit à deux, car à l'origine : « *Chaque homme était [...] de forme ronde avec [...] quatre mains, autant de jambes, deux visages opposés, une seule tête, quatre oreilles, deux organes de la génération et tout le reste à l'avenant. Mais [...] Zeus, dans son courroux, décida de les couper en deux, "comme on coupe un œuf avec un cheveu". Depuis ce drame, chacun, "regrettant sa moitié", aspire à la retrouver, à l'embrasser, à l'enlacer, "avec le désir de se fondre ensemble"* » (Casta-Rosaz F., 2004, p 7).

Concernant les origines de la sexualité, la question se pose : « *Où commencent les origines ? Au premier homme, à la première femme... A la préhistoire* » ? Mais la sexualité de l'aube de l'humanité reste très obscure. Nul anthropologue n'a encore percé les arcanes de la vie sexuelle dans les cavernes. A partir de quel jour l'humanité ne s'en tint plus à l'ancienne posture des primates et adopta l'accouplement de face ? (Casta-Rosaz F., 2004, p 9). Il est très délicat de définir le terme de « *sexualité* » tant celui-ci est vaste et complexe. La sexualité a débuté à l'aube de l'humanité et n'a jamais cessé d'exister.

1.1.3 Le comportement sexuel, le plaisir sexuel et l'expression de la sexualité

D'après N. Campagna (2012, pp 63-67) le plaisir sexuel existe et les êtres humains le recherchent. Ce qui lui semble incontestable, c'est qu'il existe certains actes qui sont bien plus adaptés que d'autres à nous procurer ce type de plaisir : « *La probabilité d'éprouver du plaisir sexuel en faisant une partie de tennis avec quelqu'un est, cas exceptionnel mis à part, bien moindre que la probabilité d'éprouver ce genre de plaisir en pratiquant une partie de jambes en l'air avec cette personne* ». Ce qui fait donc d'un acte sexuel un acte sexuel, c'est cette intention de produire du plaisir sexuel, c'est-à-dire de réveiller ou de produire un certain type de sensation chez soi ou chez d'autres personnes. L'acte sexuel peut très bien venir se surajouter à l'acte procréatif, ou, pour le dire autrement, la dimension procréative d'un acte peut se doubler d'une dimension sexuelle. Ainsi, si un couple se livre à un acte procréatif en recherchant aussi le plaisir sexuel qui accompagne généralement ce type d'acte, leur acte sera à la fois procréatif et sexuel – et bien entendu aussi génital. Dans nos sociétés contemporaines, la sexualité est devenue un lieu de construction identitaire et d'épanouissement personnel, et la revendication du droit au plaisir sexuel ne fait qu'affirmer cette place que la sexualité

occupe aujourd'hui dans la vie de nombreuses personnes. L'individu des sociétés démocratiques ne veut pas vivre une sexualité par procuration ou une sexualité définie par telle ou telle autorité, mais il veut définir et vivre sa propre sexualité. Ou d'une manière plus générale : « *Chaque individu veut être libre de décider par lui-même de la place qu'il accordera à la sexualité dans sa vie et de la forme que sa vie sexuelle prendra* » (Campagna N., 2012, pp 63–67).

1.1.4 La sexualité et les normes sociales

La sexualité est souvent liée à l'acte reproductif et au plaisir qu'elle peut produire. Mais elle est également régie par la société. Celle-ci dicte ce qui est bien ou mal de faire. Ces normalités définissent en même temps les anormalités, les déviances et les pathologies. Les comportements jugés anormaux par la société sont changeants puisqu'ils dépendent de l'époque dans laquelle on les inscrit. Ils peuvent être définis comme anormaux du fait de leur dangerosité, de leur transgression légale, mais également car la société les juge contre-nature, ce qui implique que la sexualité est l'expression de la nature (Maquelin G., 2009, p 29).

Nous devrions déduire, si nous nous basons sur cette explication, que la sexualité est finalement perçue de manière « normale » pour les personnes adultes ayant des rapports sexuels dans le but de concevoir ou non un enfant. Du moment où celle-ci touche le handicap, la gériatrie, le milieu carcéral, les adolescents ou encore lorsqu'il s'agit d'une addiction sexuelle, elle est considérée comme déviante, jugée anormale ou contre-nature par la société. La notion de déviance apparaîtra plus bas.

1.1.4.1 La sexualité et les années cinquante

La perception de la sexualité qui, pendant longtemps, a été véhiculée et vantée par les institutions, notamment l'Eglise, était empreinte de moralité et d'éthique. Tenue à l'écart des oreilles et des regards, parler de la vie sexuelle des individus n'était pas admis. Placée entre des considérations de bien ou de mal, la sexualité était confinée à l'espace privé et il ne pouvait y avoir de débordement. La sexualité était limitée et contrôlée par des carcans stricts issus de l'Eglise chrétienne. Le comportement sexuel varie selon la culture, les classes sociales et la société, il est régi par une norme et des valeurs négociées au sein des groupes. Autrefois, l'aristocratie en Europe dévoilait un comportement sexuel plutôt libre et sans contrainte hors du couple, tandis que la bourgeoisie tentait d'imposer une sexualité moins libre et rattachée inévitablement au mariage. Pendant les années 50, les individus osaient à peine parler de sujets relatifs à la sexualité car le sujet était tabou et relevait de la sphère privée. Ensuite, les discussions autour des pratiques sexuelles ont commencé à se libérer et à s'ouvrir à l'espace public. La révolution ou l'évolution sexuelle de ces années a dépassé les classes sociales et modifié profondément notre culture traditionnelle. Cette culture a permis une plus grande liberté en ce qui concerne les actes sexuels, le comportement devenant plus permissif (CEFA, 2008).

1.1.4.2 La sexualité et mai 68

Effectivement, mai 68 aura été le point de départ et/ou l'accélérateur de la libération sexuelle. L'une des grandes revendications des jeunes de mai 68 est incontestablement une plus grande liberté des mœurs. A l'époque, il s'agissait donc de faire reconnaître la sexualité en dehors des liens du mariage d'une part et il fallait que tous les tabous, sans exception, tombent au plus vite comme la contraception, l'avortement, le plaisir (et plus particulièrement des femmes) et l'homosexualité. De plus, des slogans apparaissaient par milliers, tels que : « *Jouissez sans entrave* », « *Vivez sans temps morts* », ou encore « *Inventez de nouvelles perversions sexuelles* » (Suite101, 2013).

Figure 2 - Logo « Peace and Love » de mai 68



Source : <http://pennymiddleton.wordpress.com>

1.1.4.3 La sexualité et les années huitante

Ensuite, les années 80 furent marquées par la grande propagation du SIDA, impliquant que la liberté qui était octroyée auparavant soit remplacée par une liberté plus consciente et prudente car la sexualité est devenue une source de risques pour les individus. C'est ainsi que la société est rentrée dans une phase d'information et de sensibilisation du grand public. Au cours des années 90, les sujets touchant aux pratiques sexuelles, notamment l'adultère, la masturbation et d'autres actes ne constituent plus des sujets choquants ou interdits. A ce stade de l'histoire, plusieurs constats peuvent être formulés. Premièrement, la société a été marquée par une acceptation plus répandue du sexe pré-nuptial. Les couples en union libre se multiplient et se caractérisent par une disponibilité sexuelle et un engagement plus grand. Deuxièmement, il y a une augmentation de la participation des femmes, qui osent prendre des initiatives en ce qui concerne la séduction, la sexualité et les pratiques sexuelles. Il s'avère qu'à ce niveau les femmes ont gagné en égalité par rapport aux hommes. Et enfin, nous constatons une augmentation importante du nombre d'adeptes des pratiques sexuelles réputées minoritaires, ou qui n'étaient pas d'usage avant ou qui se pratiquaient de manière cachée, telles que la masturbation ou l'usage de gadgets (CEFA, 2008).

1.1.4.4 *La sexualité vécue par d'autres cultures*

Mais ces normes sociales peuvent être totalement différentes dans d'autres cultures ou religions. Afin de mettre en évidence les différences de pratiques et de normes sociales, citons une civilisation aux antipodes de l'Europe occidentale, à savoir la société comorienne. Les Comores se situent dans l'Océan Indien, au nord du Mozambique. C'est un pays dont le poids de la religion musulmane reste très fort, malgré la relative libéralisation des mœurs des cinquante dernières années. Alors qu'à l'école coranique des petits, la mixité garçons filles est admise, la séparation des sexes va s'opérer à l'approche de la puberté. Garçons et filles ne fréquentent plus les mêmes « écoles » religieuses. Ils reçoivent chacun de leur côté, leur première éducation sexuelle, avec ses obligations et ses interdictions, car il faut préparer les jeunes à être de bons musulmans, avec une vie sexuelle épanouie. L'islam considère en effet la sexualité ou l'amour comme un des éléments essentiels de la vie spirituelle, mais on ne conçoit pas de relations sexuelles sans mariage.

Par exemple, le Coran réprime des actes sexuels illicites, tels l'adultère et l'homosexualité masculine. De plus, l'acte sexuel entraîne la souillure du corps au sens religieux du terme et par là même l'interdiction de pratiquer la prière, de faire le ramadan, etc. Il est alors impératif de se purifier en accomplissant un bain rituel. Les conditions imposées à l'acte sexuel chez les musulmans sont rigoureuses (Etudes Océan Indien, 2010).

Finalement, nous retrouvons par exemple des pratiques ou normes sexuelles encore différentes en Papouasie-Nouvelle-Guinée, pays situé dans l'Océan Pacifique, au nord de l'Australie et à l'est de l'Indonésie. Le principe de base de la sexualité chez les Papous de Nouvelle-Guinée est l'absence totale d'intimité entre frères et sœurs. Ainsi, dès leur plus jeune âge, garçons et filles d'une même famille vivent dans des maisons séparées. Par contre, entre enfants qui n'ont pas la même mère, il n'y a aucune censure, ni aucun tabou. Vers cinq ou six ans, ils peuvent ainsi avoir des jeux sexuels très poussés sans qu'aucun adulte n'intervienne. Au contraire, ils disent alors que les enfants « jouent au mariage ». Pour ces peuples océaniques, les concepts de décence ou d'indécence n'existent pas ; les adultes laissent donc les enfants explorer leur sexualité à leur rythme. Durant l'adolescence, le développement des enfants s'opère toujours graduellement et naturellement, avec pour seul interdit les relations entre frères et sœurs. On encourage même les relations sexuelles entre ados. De plus, l'homme doit mériter les services sexuels que sa femme lui rend. Il a d'ailleurs pour obligation de les payer en soutenant efficacement sa famille ou en se rendant utile auprès de sa femme ou des enfants. Chez les Papous, la femme est indispensable à la pérennité de la descendance ; l'homme représente cette lignée et doit en être fier et heureux (canoe.ca, 2009).

En conclusion, force est de constater que les pratiques et coutumes sexuelles sont différentes d'une civilisation à une autre. Si aux Comores, il est interdit de pratiquer le sexe avant le mariage, il est au contraire encouragé en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Les normes sociales sont également influencées par la religion. L'Eglise chrétienne n'imposera pas les mêmes règles que ce que pourrait faire le Coran.

1.1.5 L'hétérosexualité

Il est important de distinguer deux types représentant la majorité des sexualités : l'hétérosexualité et l'homosexualité. Néanmoins, il est impossible de disposer de chiffres exacts, puisque la mention de l'orientation sexuelle n'est présente dans aucun document officiel, contrairement à celle du sexe. La sexualité appartient à la sphère privée, et seules des études basées sur des « échantillons représentatifs de la population » fournissent des chiffres. Selon les études à disposition, le pourcentage de la population homosexuelle varie entre 5 et 7%, et toujours moins de 10% (Pisourd, 2014).

L'hétérosexualité se caractérise par l'attraction pour l'autre sexe : d'une femme pour un homme et vice-versa, ou dans le monde animal, d'un mâle pour une femelle et vice-versa. Mais la culture hétérosexuelle n'est qu'une construction parmi d'autres. Si elle domine dans les représentations des sociétés occidentales, elle n'est pas forcément naturelle ni universelle. Depuis des siècles, des milliers d'ouvrages ont été consacrés au mariage, à la famille, à l'amour ou à la sexualité des hétérosexuels. En fait, l'hétérosexualité en tant que telle n'apparaissait guère dans ces écrits d'un point de vue général. Dès lors, l'absence de réflexion sur l'hétérosexualité est en elle-même un fait remarquable, quoique rarement remarqué. Pourtant, le monde qui nous entoure est tout entier obsédé par l'imaginaire du couple hétérosexuel : les contes de l'enfance, les romans des adultes, le cinéma, les médias et les chansons populaires, tout célèbre à l'envie le couple de l'homme et de la femme. Exaltée comme si elle était un objet culte, l'hétérosexualité est en même temps négligée comme si elle n'était qu'une routine sociale. Elle constitue un sujet orphelin, totalement ignoré par la communauté intellectuelle, ignoré par la société tout entière en fait.

Une question se pose désormais : l'hétérosexualité est-elle naturelle ? Pour le sens commun, la réponse est claire : la raison d'être de l'hétérosexualité, c'est la reproduction de l'espèce, raisonnement qui tend à rechercher l'origine dans la fin. À défaut de la cause efficiente (serait-ce un phénomène anatomique, hormonal, neuronal, génétique ?), l'on tiendrait du moins la cause finale : l'origine de l'hétérosexualité résiderait dans sa finalité génésique. Mais S. Freud (Sciences Humaines, 2013) écrivait : « *L'intérêt exclusif de l'homme pour la femme est aussi un problème qui requiert une explication et non pas quelque chose qui va de soi* ». Pour lui, l'hétérosexualité n'était pas une don-

née immédiate de la conscience. Comme il l'expliquait aussi : « *L'intérêt sexuel exclusif des hommes pour les femmes est aussi un problème qui nécessite d'être élucidé et ce n'est pas un simple fait fondé sur une attirance qui ressortirait en dernier ressort d'une nature chimique* ». Loin d'être une donnée naturelle, chimique ou biochimique, l'hétérosexualité était donc à ses yeux, comme l'homosexualité du reste, le résultat de l'histoire psychique de l'individu.

De plus, l'hétérosexualité est-elle universelle ? Les sociétés humaines sont-elles toutes hétérosexuelles ? La Grèce archaïque ou classique (exemple très illustre mais non pas isolé, comme le montrent les recherches sur les Indo-Européens en général) n'est clairement pas une société hétérosexuelle, même si, bien sûr, chez les Grecs comme ailleurs, la reproduction biologique est hétérosexuée. Certes, tout citoyen entend prendre femme pour assurer sa descendance, mais il est clair que l'hétérosexualité en elle-même n'est pas la base de la culture grecque de cette époque (Sciences Humaines, 2013).

1.1.6 L'homosexualité

L'homosexualité est le désir, l'amour, l'attirance sexuelle ou les rapports sexuels entre individus du même sexe. Durant l'Antiquité, l'homosexualité était courante et relativement tolérée. Puis certaines sociétés se sont fermées. L'homosexuel est alors devenu un paria moqué, méprisé, malmené et condamné. Sous le régime nazi, des milliers d'homosexuels, considérés comme des « *criminels contre la race* », furent déportés dans les camps. Au même moment, le régime soviétique inscrit l'homosexualité dans le code pénal. Aujourd'hui encore dans sept pays musulmans (Arabie Saoudite, Iran, Yémen, Mauritanie, Soudan, Nigeria et Somalie), l'homosexualité est passible de la peine de mort. Dans de nombreux autres pays, l'homosexualité fut criminalisée ou psychiatisée : en Grande-Bretagne, l'homosexualité est restée illégale jusqu'en 1967 ; aux Etats-Unis, elle fut rayée de la liste des maladies mentales en 1973. Longtemps après, elle est restée infamante, et le reste encore dans de nombreux milieux (Sciences Humaines, 2013). Malgré tout, d'après l'Association américaine de Psychiatrie (1973) : « *L'homosexualité n'est pas un désordre mental, mais plutôt une forme alternative d'expression sexuelle [...] et il ne serait pas éthiquement acceptable de vouloir changer l'orientation sexuelle de quelqu'un, quelle qu'elle soit* » (Vogay, 2014).

Pour J. Balthazart (Sciences Humaines, 2013) neuroendocrinologue qui étudie les bases neurales des comportements sexuels, l'homosexualité n'est pas un choix, mais est déterminée par des causes biologiques. Pour défendre sa thèse, il s'appuie sur une série de recherches menées dans les pays anglo-saxons sur les liens entre hormones et sexualité. L'homosexualité dont il parle ne relève pas de pratiques de circonstances : celles des prisons, des pensionnats, des monastères, liées à l'absence de mixité dans un même lieu. De même, il n'envisage pas l'homosexualité comme pratique initiatique

ou comme simple « expérience ». L'homosexualité dont parle J. Balthazart relève d'une orientation sexuelle stable qui apparaît en même temps que le désir sexuel (Sciences Humaines, 2013).

Il existe deux « formes d'homosexualité ». L'homosexualité générée et l'homosexualité révélée. Il faut entendre par *homosexualité générée*, un désir sexuel dont l'existence subite n'est soumise qu'à l'évènement ou la somme d'évènements extérieurs qui le génèrent. Cette conception suppose la négation de la bisexualité psychique, comme réalité intrinsèque des individus susceptibles d'être ou d'avoir été excités par les deux sexes au gré des circonstances ou des périodes de l'existence. L'homosexualité générée suppose qu'elle n'existe qu'à partir du fait générateur, qui peut parfois provenir de la découverte d'une situation confuse et inédite.

Il faut entendre par *homosexualité révélée*, un désir latent et potentiel, que les circonstances environnementales sont susceptibles de mettre subitement en lumière. Cette conception suppose qu'à des épisodes plus ou moins conscients de l'existence, les désirs homosexuels ont éventuellement pu émerger sous une forme accessoire ou principale. L'homosexualité révélée s'accorde avec un principe de bisexualité intrinsèque à l'espèce humaine. Cette bisexualité est parfois suffisamment larvée pour que jamais l'occurrence de sa révélation ne soit certifiable (Gaillard A., 2009, pp 190-191).

1.1.7 La masturbation

« La seule façon de faire l'amour avec quelqu'un qu'on aime vraiment bien » (Woody Allen).

La masturbation est une auto-excitation des zones érogènes génitales en vue d'aboutir à l'orgasme. Cette pratique est une phase transitoire du développement normal de la fonction érotique dans l'espèce humaine. Elle peut être solitaire, réciproque (homo ou hétérosexuelle), pratiquée en groupe (notamment pendant l'adolescence). La masturbation est également désignée par les mots *auto-érotisme* qui est la tendance à trouver la satisfaction sexuelle dans l'organe même où est apparu le besoin, sans l'intermédiaire d'un autre individu ou d'une image unifiée du moi. Dans l'auto-érotisme, seule est visée la satisfaction d'organe. Le corps et la vie sexuelle y fonctionnent de façon essentiellement fragmentaire. La manipulation génitale est l'exploration tactile des organes génitaux chez l'individu lui-même ou chez autrui tandis que l'onanisme est une pratique masturbatoire. L'origine du mot est biblique. Onan s'adonnait au coït interrompu avec sa belle-sœur, enfreignant la loi du lévirat qui obligeait l'homme à donner une progéniture à la femme de son frère décédé.

En 1576, Montaigne dans l'*Apologie de Raimond Sebond* vient à la relativité des valeurs morales et trace alors pour la première fois dans la langue française le mot « masturbation ». Pendant plus d'un siècle le mot figurera sous deux formes qui coexisteront, *manustupration* (de manus = la main,

et stupratio = action de souiller) et masturbation (du latin, masturbatio, ou du grec mastropeuein, mastropeuein = prostituer), avec tout de même un usage rare, voire confidentiel. On en trouve ensuite la trace en termes populaires ou métaphoriques dans la littérature du XVII^{ème} siècle. Mais le mot n'est toujours pas dans les pages du dictionnaire : il brille par son absence dans la première édition du Dictionnaire de l'Académie, en 1694.

Dans l'Egypte ancienne, pour participer à la vie de l'au-delà, le défunt devait déclarer devant le tribunal divin qu'il ne s'était jamais livré à la masturbation. Hermès avait initié Pan à la masturbation pour le consoler de la perte de la nymphe Echo. Hippocrate avait décrit les maux produits par l'abus des plaisirs, sous le nom de consommation dorsale. Aristote ne blâme pas les jeunes gens qui se masturbent, se contentant de les mettre en garde contre les « douleurs » provoquées par cette pratique. Dans la Chine ancienne, la masturbation était entièrement interdite à l'homme, car elle résulte des pensées lascives avant le sommeil, car, dit-il, dans ce cas ce sont les pensées qui constituent un péché et non la pollution. D'autres cependant sont beaucoup plus sévères, culpabilisant les victimes mais estimant toutefois que si elle résulte d'une trop longue abstinence, elle devient méritoire.

Etant donné l'importance qu'elle attachait à réprimer la masturbation, l'Eglise a cherché dans la Bible une justification à sa thèse et n'a pas hésité à déformer les faits dans ce but. La Genèse rapporte l'épisode d'Onan répandant sa semence sur le sol. On a cru – et on continue souvent à croire aujourd'hui que ce passage faisait allusion à la masturbation, et le terme d'onanisme est devenu synonyme de ce mot. Précocement la masturbation est considérée par l'Eglise comme un péché mortel et stipendiée comme un acte abominable. On sait combien le libertinage solitaire a suscité de tracasseries à la théologie chrétienne, tous les « cas » de conscience qu'il a posés aux clercs frustrés de partenaires (Androutsos, 2005).

En conclusion, nous pouvons déduire que la masturbation est un acte sexuel se pratiquant généralement de manière individuelle, dans le but de trouver la satisfaction sexuelle. Lorsque le thème de la sexualité est abordé, il est inévitable de se pencher sur la masturbation, cette pratique en faisant partie.

1.1.8 La sexualité et la question de genre

Lorsqu'un thème comme la sexualité est abordé, il est inévitable de parler de la question genre. C'est-à-dire les différences entre hommes et femmes, comment est perçue une femme abordant le sujet de la sexualité, comment est perçu l'homme, le sexe dit fort. Les recherches en sciences sociales gagnent à envisager conjointement les questions de genre et de sexualité. Il ne s'agit pas d'affirmer que genre et sexualité doivent être nécessairement associés, mais plutôt qu'il est parfois

plus pertinent de ne pas les séparer. Plus précisément, il s'agit de montrer ce que le genre doit à la sexualité, car le lien inverse est plus facilement admis, ou encore ce que les identités sociales doivent aux questions sexuelles (Institut de Recherche et de Développement, 2014).

Le corps de l'homme et de la femme n'est plus l'objet d'opprobre et de honte comme il a pu l'être il y a plusieurs siècles, étant donné que le débat et les controverses concernant les relations amoureuses de l'un comme de l'autre ne tournent plus autour de ces questions de moralité, de bien ou de mal, mais deviennent publics. Ce mouvement de changement vers une représentation et une considération de la sexualité des hommes et des femmes signe une prise en compte de la notion d'égalité entre l'homme et la femme face à leur sexualité. En effet, la première bénéficiaire de ce bouleversement est la femme. Elle n'a pas seulement conquis, juridiquement, les mêmes droits que son partenaire masculin, elle ne se modèle plus sur l'image de l'antique esclave soumise et admirative. Aujourd'hui, son bonheur sexuel lui paraît un droit... tout comme celui de l'homme depuis longtemps considéré comme tel. Si on reconnaît une libération de la sexualité à l'individu, que certains interdits tombent et que chaque individu est reconnu comme un être jouissant de sa sexualité, il n'en demeure pas moins que la société continue encore à lui imposer des limites et à essayer de la contrôler. Et certains stéréotypes continuent à se véhiculer sur la sexualité des hommes et des femmes. La différence entre les sexes, dans le domaine de la sexualité, existe partout et presque dans tous les cas, elle implique une domination des femmes par les hommes. La recherche des relations égalitaires entre hommes et femmes, dans le domaine de la sexualité, datent plus ou moins d'un siècle. Encore trop souvent, les relations homme-femme se construisent sur base du schéma de la domination des uns sur les autres, des hommes sur les femmes. Par ailleurs, nous pouvons constater que dans le langage commun, certaines idées sur la sexualité de l'homme et de la femme se perpétuent encore. Par exemple, un homme qui étale sa vie sexuelle et qui a plusieurs conquêtes sera perçu de manière positive comme un Don Juan, tandis que la femme qui parle de sa vie sexuelle et de ses partenaires sera considérée comme une fille facile. Il s'agit d'un stéréotype qui induit une différence de comportement à l'égard des hommes et des femmes (CEFA 2008).

Après avoir décrit cette question genre du point de vue sociologique, il est important de traiter le thème de manière individuelle. Pour des raisons liées à leur histoire, et notamment leurs liens avec les luttes féministes, les études de genre sont restées longtemps en grande partie consacrées aux femmes. Alors qu'elles n'ont eu de cesse, en mettant en évidence la dimension relative et construite du genre, de souligner son caractère relationnel, elles ont pourtant négligé l'analyse du pôle masculin. Il est ainsi progressivement apparu nécessaire, afin de rendre visible ce qui était un point aveugle, d'accorder une attention particulière aux productions de la masculinité. Ces dernières avaient long-

temps été considérées comme allant de soi. La perspective la plus satisfaisante reste in fine d'appréhender la bipolarisation féminin/masculin comme un système dont aucun des deux pôles ne peut être envisagé séparément. Dans cette optique, s'impose préalablement la nécessité d'améliorer les connaissances sur le versant le moins exploré (Institut de Recherche et de Développement, 2014).

1.1.9 L'hétérosexualité, l'homosexualité et la question genre

Les thèmes de l'hétérosexualité et l'homosexualité ont été traités précédemment de manière individuelle. Ils seront maintenant mis en lien avec la question du genre.

Dans les pays occidentaux, en même temps que du genre, l'identité sexuelle procède de l'orientation sexuelle, par laquelle on désigne le choix d'objet sexuel et les significations qui lui sont attribuées. La conception occidentale dominante de l'orientation sexuelle dichotomise hétérosexualité et homosexualité (Institut de Recherche et de Développement, 2014). De plus, dans le domaine de l'homosexualité, l'homme n'apparaîtrait plus comme le sexe dit fort. Effectivement, l'homosexualité masculine est souvent prohibée dans certains pays, alors que l'homosexualité féminine ne l'est pas forcément.

1.1.10 Les sexualités déviantes

Les termes de sexualités déviantes sont accordés au pluriel. Cela vient du fait qu'il existe, comme nous le découvrirons plus bas, plusieurs sexualités dites « déviantes ».

1.1.10.1 La déviance

D'après M. Cusson, (1992, pp 7-8) professeur à l'Ecole de Criminologie de Montréal, chercheur au Centre international de Criminologie comparée à Montréal, la déviance est l'ensemble des conduites et des états que les membres d'un groupe jugent non conformes à leurs attentes, à leurs normes ou à leurs valeurs et qui, de ce fait, risquent de susciter de leur part réprobation et sanctions. Le sociologue considère comme déviantes les actions et les manières d'être qui sont mal vues et sanctionnées par la plupart des membres d'un groupe. Cette définition n'est pas exempte d'ambiguïtés. Il est probablement impossible de formuler une définition de la déviance qui serait totalement transparente. La déviance apparaît d'emblée comme une activité qui déçoit une attente, qui viole une norme sociale ou qui nie une valeur. La notion de déviance présuppose l'existence d'un univers normatif. On ne saurait parler de criminel, d'hérétique, de fou ou de pervers si l'on n'a au préalable des idées assez nettes sur le juste et l'injuste, sur le vrai et le faux, sur le normal et le pathologique, sur le bien et le mal. Un acte déviant est d'abord un acte blâmé et il ne saurait l'être si l'on n'avait au départ une conception de ce qui est blâmable ou non. Cependant l'univers normatif d'un groupe n'est que rarement un ensemble homogène et aisément repérable. La plupart des at-

tentes sont implicites et changeantes. Si certaines normes sont incontestées, d'autres sont acceptées par les uns et récusées par les autres. Finalement, le groupe de référence est souvent difficile à circonscrire dans un monde où la plupart des individus appartiennent simultanément à plusieurs unités sociales ayant des normes fort différentes. C'est donc dire que la distinction entre la déviance et la non-déviance risque d'être problématique et variable (Cusson M, 1992, pp 7-8).

1.1.10.2 La déviance et la sexualité

D'après Debray Q., et De Sutter P. (2013, pp 73-78), il existe des centaines de formes d'addictions sexuelles qui peuvent se classer en trois catégories. La troisième catégorie d'addiction sexuelle rassemble justement les dépendances à des comportements sexuels considérés comme « déviants » qui sont socialement prohibés ou illégaux. Dans ce cas, le problème n'est pas spécialement l'usage excessif du comportement ou son caractère exclusif. La problématique réside dans l'isolement social et parfois la délinquance que cela engendre. Par exemple, un patient trouve du plaisir sexuel dans le fait de se recouvrir le corps de ses propres excréments et de se masturber ainsi jusqu'à la jouissance. Il s'agit d'une paraphilie nommée coprophilie. Cette activité est considérée comme déviante par l'immense majorité des gens. Parmi les paraphilies « déviantes », on retrouve aussi l'ondinisme (excitation sexuelle avec l'urine), l'émétophilie (excitation sexuelle pour le vomi), la nasomycinophilie (excitation sexuelle pour les sécrétions nasales), etc. D'autres paraphilies « déviantes » peuvent conduire à des ennuis judiciaires. Il s'agit notamment de la pédophilie, de l'exhibitionnisme, du frotteurisme (excitation sexuelle à se frotter contre des inconnus), du voyeurisme (dans le cas où le sujet harcèle des personnes par son besoin de les voir dénudées ou en train de faire l'amour), de certaines formes graves de sado-masochisme, de la nécrophilie (excitation sexuelle pour les cadavres), etc. D'après ces exemples, la déviance a un aspect médical. Par contre, dans d'autres cas, elle peut également avoir un aspect sociologique. Typiquement lorsque la question de l'homosexualité est abordée. Celle-ci sera traitée de manière à part dans le point suivant.

1.1.10.3 La déviance et l'homosexualité

Comme déjà défini, l'homosexualité est l'attraction pour une personne de même sexe. Si celle-ci était acceptée à l'époque de l'Antiquité, certaines sociétés se sont à l'heure actuelle fermées à ce sujet et la considèrent comme déviance.

Si tel n'est pas le cas aujourd'hui en Europe occidentale, dans certains pays, avouer être homosexuel peut conduire à la peine de mort. Philippe Castetbon, journaliste, a rencontré seize hommes homosexuels, au Yémen, en Ouganda, en Palestine ou encore au Burundi, là où leur sexualité est condamnée. Certains d'entre eux témoignent : « *J'ai été chassé, rejeté par ma famille parce que je suis gay. Pourtant, je suis fier d'être ce que je suis. Quoi qu'il m'arrive, je garde toujours le sourire et*

j'ai l'espoir de voir un jour les gens de mon pays comprendre qu'être différent n'est pas un crime, mais plutôt un enrichissement du monde » (témoignage de T. 26 ans, Burundi). Mais encore : « *Un jour, on a retrouvé un homme assassiné sur la plage de Gaza, et cet homme était gay. Il a été assassiné ! Dieu seul sait qui l'a tué et pourquoi. À l'époque, j'ai pris conscience encore plus clairement que parler de mon homosexualité à ma famille mettrait ma sécurité en danger et ma vie aussi »* (témoignage de N. 20 ans, Palestine) (Libération, 2010).

Dans les sociétés moyen-orientales, la norme est de dénoncer tout acte homosexuel, qu'il soit réel ou pressenti. A l'intérieur des communautés et groupes familiaux, l'homosexualité est considérée comme une cause de déshonneur jetant la honte sur la personne touchée ainsi que sur l'ensemble de sa famille, et se répercutant sur tout ami ou membre de la famille. Parmi ces répercussions, on note entre autres la difficulté qu'ont les femmes de la famille à se marier faute de prétendants, le risque que les proches masculins ne soient congédiés et la possibilité, pour la famille entière, de voir son statut social compromis. Par conséquent, de nombreux crimes d'honneur sont commis à l'encontre de membres homosexuels de la famille dans plusieurs régions du Moyen-Orient afin de rétablir la dignité de la famille. Plusieurs pays du Moyen-Orient sont des Etats islamiques qui, dans leur essence, condamnent l'homosexualité. Les érudits musulmans contemporains considèrent l'homosexualité comme une déviation honteuse et dépravée des normes hétérosexuelles, ce qui n'a pas empêché les différentes variantes de l'islam de prescrire des réponses divergentes au « péché » de l'homosexualité (CJPMO, 2011).

1.2 L'intimité

Comme ce terme sera souvent utilisé tout au long de ce travail, il convient d'en donner une définition, afin d'en comprendre au mieux son sens. En effet, intimité et sexualité sont souvent liées, mais ne se confondent pas pour autant.

1.2.1 Les différentes formes d'intimité

L'intimité peut se définir sous plusieurs angles. Par exemple, nous pouvons parler de différentes formes d'intimité : intimité avec soi-même, intimité avec les autres, intimité affective, intimité sexuelle, etc. (Observatoire Régional de la Santé Nord, 2009). L'intimité avec soi-même peut être définie comme l'habileté à reconnaître et identifier son expérience interne pour pouvoir la partager avec l'autre. L'intimité avec les autres, appelée également intimité sociale fait référence aux intérêts que deux personnes ont en commun. Nous partageons cette forme d'intimité avec nos amis, nos voisins ou ceux faisant partie de notre réseau social. L'intimité affective est définie comme un état général qui varie en fonction du degré d'expression des sentiments partant du superficiel à plus in-

time. Finalement, l'intimité sexuelle fait référence au toucher, à l'affection et à la sexualité. Elle représente le plus haut niveau d'intimité que deux individus peuvent partager. Toutefois, avoir un contact sexuel avec quelqu'un n'implique pas automatiquement de l'intimité. La réelle intimité sexuelle, lorsqu'elle est vécue par deux individus solidement construits dans leur identité, comprend une rencontre globale (physique, affective, sexuelle) entre deux personnes qui procure un sentiment de plénitude et de bien-être (Houde, 2008).

Lors de ce travail, certaines de ces formes d'intimités seront abordées de près ou de loin, suivant les différents champs de recherche.

1.2.2 L'histoire de l'intimité

Du côté historique, l'intimité est une notion transversale, interdisciplinaire (sociologie, anthropologie culturelle, histoire, droit, politique, philosophie, psychologie, psychanalyse). Du latin « intimas », superlatif de « interior », cela représente ce qui est contenu au plus profond d'un être, ce qui lie étroitement par ce qu'il y a de plus profond, ce qui est tout à fait privé et généralement tenu caché aux autres, mais également les liaisons, relations étroites familiales, etc.

Avant le 18ème siècle, le domaine public et le domaine privé n'étaient pas séparés ; à cette époque, tout le monde vivait ensemble, dormait dans la même pièce, voire dans le même lit. Au Moyen-Âge, la chambre à coucher était un espace autant public que la cuisine aujourd'hui. L'intimité est construction sociale et constitue une nouvelle démarcation entre le public et le privé. Il existerait trois périodes de l'intimité :

1. Premièrement, à partir du milieu du 18ème siècle, la famille se sépare du reste de la société, des voisins, de la parenté, du monde du travail.
2. Ensuite, fin du 19ème siècle apparaît une spécialisation plus grande des pièces, et l'émergence des chambres d'enfants et de la chambre conjugale. La sexualité de plus en plus conjugale se vit à l'abri des regards. Les enfants accèdent à une chambre individuelle. Ils reçoivent le droit à un espace privé, à l'intérieur même du logement familial, pour apprendre à devenir autonome et quitter ensuite leurs parents.
3. Finalement, dès 1950, sous l'influence de la scolarisation des jeunes filles et du mouvement féministe, les femmes commencent à revendiquer une certaine intimité personnelle, le droit à avoir une vie indépendante de leur conjoint et autonome. L'intimité devient un enjeu politique en Occident. Le chez-soi devient les territoires de l'intimité.

L'intimité est une histoire d'identité qui touche au corps et à la vie psychique et qui crée un lien entre les deux. L'intimité, c'est ce qui constitue l'essence d'un être, ce qui est du domaine du privé, du secret, du personnel. Le vécu de l'intimité reste très lié à l'espace géographique, à la maison comme refuge : la maison (le logement) en tant qu'expression de l'intimité, du soi, métaphore de la psyché. L'intimité implique d'abord un rapport à soi, le rapport à soi nécessite un espace psychique interne (EXPLORATIO - EXPLORATOR, 2014).

Mais l'intimité ne se résume pas à un concept décrit par des sexologues ou des professeurs d'université. Elle est aussi un droit, déjà évoqué précédemment, protecteur des intérêts des personnes pouvant être vulnérables de part leur âge ou une altération de leurs facultés (Touil, 2008, p 11).

1.2.3 Le travail social face à l'intimité

Avant de démontrer que le travail social, ou le travailleur social peut être confronté dans son activité à des questions de sexualités, de sexualités inavouables ainsi que d'intimité, il est primordial de d'abord définir ce qu'est le travail social. Pour prévenir et combattre les effets négatifs de l'organisation sociale et économique sur une partie de la population (exclusion, isolement, précarité, etc.), les sociétés démocratiques se sont dotées de dispositifs de régulation dont le travail social est une des composantes.

Les travailleurs sociaux s'appuient sur les ressources des personnes pour favoriser leur participation sociale dans le respect de leurs spécificités. Ils fondent leurs actions sur les concepts et valeurs des droits fondamentaux et de la justice sociale. Ils s'engagent pour que chacun soit en mesure d'agir en tant que citoyen.

Avec les mutations sociales, économiques et culturelles, l'urbanisation et l'individualisation des modes de vie, le travail social a connu un développement constant à partir du milieu du XX^e siècle. Issu de l'action caritative et de l'éducation populaire, le travail social est aujourd'hui reconnu comme une profession dont l'accès est en principe conditionné à l'obtention d'un diplôme (Haute école de travail social, Genève, 2013).

Dans notre société actuelle, l'intimité est un sujet qui revient souvent dans la bouche des gens. On parle de respect de la vie privée, sphère intime, et par là également, de maltraitance, abus, etc. Un éducateur social sera touché par cette notion, parfois même encore plus. De part ce métier l'éducateur sera très souvent confronté à l'intimité des bénéficiaires et il est important de savoir comment agir face à cela. L'intimité peut être physique ou morale. On parle d'intimité physique lors-

que l'on touche au corps de la personne. Tandis que l'intimité morale représente la sphère privée du bénéficiaire, le fait de respecter sa vie privée. Et puis, on pourrait également parler d'intimité psychologique, celle qui concerne notre vécu, nos expériences internes. C'est une des intimités la plus difficile à partager, car nous devons avoir confiance en la personne avec qui nous allons la partager (Moreno T., Lovey B., 2012).

Afin de faire un lien avec le sujet principal de ce travail, voici comment la question de l'intimité peut être appréhendée. L'intimité est un territoire si privé, qu'il nécessite d'en prendre soin avec nuance et délicatesse. La personne en situation de handicap rend la sphère privée plus difficile à préserver parce qu'elle peut s'étendre des soins de base jusqu'à l'expression, plus ou moins concrète, de la sexualité. (Maquelin G., 2009, p 11). En effet, une personne handicapée, en particulier si celle-ci est handicapée physique, aura besoin d'aide pour de nombreux actes de la vie quotidienne, à savoir la douche, l'habillement, l'accompagnement aux toilettes, etc. Ces actes peuvent donc rendre la tâche difficile à l'éducateur social, qui se voit contraint de rentrer dans la sphère privée et intime du résident. Il en va de même pour la personne addictive sexuelle, avec tout de même quelques différences. Effectivement, pour une personne addictive sexuelle, il n'y aura pas cette notion de soins de base. Par contre, il sera difficile pour elle de conserver sa sphère privée dans certaines situations. En effet, si celle-ci nécessite un quelconque soutien de la part d'un éducateur social, elle devra s'ouvrir sur des questions, parfois gênantes, de sexualité, d'intimité et de dimension d'inavouable.

De plus, nous sommes intrusifs puisqu'il arrive que nous intervenions dans l'intimité des usagers. Nous n'en sommes parfois que témoins. Il arrive alors que nous fermions les yeux pour différentes raisons qui nous appartiennent comme celles du dégoût, d'une référence à notre propre sexualité, de la crainte liée à la procréation ou au manque de contraception, aux maladies sexuellement transmissibles ou à une complication de prise en charge éducative (Maquelin G., 2009, pp 13-14).

Mais également, le travailleur social sera parfois amené à exécuter telle ou telle tâche de la vie quotidienne touchant à l'intimité ou à entendre tel ou tel récit et ceux-ci ne seront peut-être pas compatibles avec ses propres valeurs. Au sein de l'obligation institutionnelle pour le travailleur social – qui comprend de mener des actions répondant aux problèmes des personnes, de s'acquitter des tâches nécessaires et de répondre de leur exécution à l'autorité compétente, suivant des critères établis-, la responsabilité éthique est une charge à assumer, qui prend garde à la réalisation des personnes vis-à-vis desquelles il est moralement engagé, tout en prenant en compte leur histoire et la mémoire du passé (travail-social.com, 2009).

En résumé, l'intimité représente ce qui est privé. Elle est au plus profond de nous et nous ne la révélons qu'à très peu de personnes ainsi que dans des circonstances particulières. Car révéler son intimité nous rend fragile envers les autres, nous le faisons dans des vraies relations de confiance (Maquelin G., 2009, p 26).

1.3 Droit, intimité et sexualité

La sexualité et l'intimité sont des droits. En effet, la sexualité fait partie intégrante des droits et libertés fondamentaux de la personne. Rappelons également que les conventions européennes interdisent de : « *Priver un individu de sa capacité à exprimer sa sexualité* » (MSSH, 2013). Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), toute personne a droit à une sexualité libre et respectée (Touil, 2008, p 7). De plus, la Loi 2002.2, **éditée par le gouvernement français**, définit les droits fondamentaux des usagers, avec entre autre, le respect de leur dignité, de leur intégrité, de leur intimité et de leur vie privée. Mais comment ? La Loi ne le dit pas (Touil, 2008 p 17). La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette loi régit en France près de 32'000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400'000 salariés. Les sept droits fondamentaux des usagers sont les suivants :

- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité,
- Libre choix entre les prestations domicile/établissement,
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé,
- Confidentialité des données concernant l'utilisateur,
- Accès à l'information,
- Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours,
- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2011).

Egalement, l'IPPF², prestataire mondial de services de santé sexuelle et reproductive, est l'un des premiers défenseurs de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction pour tous. Pour celui-ci, la sexualité est une dimension naturelle et précieuse de la vie, un élément constitutif de notre humanité. À l'heure actuelle, des menaces et les actions qu'elles induisent empêchent beaucoup de personnes de jouir de leur santé et de leurs droits sexuels (discrimination, stigmatisation,

² L'International Planned Parenthood Federation

peur et violence). Le but de l'IPPF est que ces droits sexuels, qui sont des droits humains, soient respectés (IPPF, 2008).

En Suisse, SANTE SEXUELLE Suisse s'engage pour la promotion et le respect des droits sexuels sur les scènes nationales et internationales, tant au niveau politique que social, structurel et professionnel (SANTE SEXUELLE Suisse, 2014). De plus, pour SANTE SEXUELLE Suisse, les droits sexuels constituent un ensemble de droits relatifs à la sexualité qui émanent des droits à la liberté, à l'égalité, au respect de la vie privée, à l'autonomie, à l'intégrité et à la dignité de tout individu.

Mais encore, la convention relative aux droits des personnes handicapées (Enable, 2014), dans son article 25 concernant la santé, assure : « *Les Etats Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les Etats Parties fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris les services de **santé sexuelle** et génésique et des programmes de santé publique communautaires* » (Enable, 2014).

Ce travail permettra aussi, à travers les différents entretiens, de vérifier si finalement ces droits sont respectés ou non, et dans ce cas-ci, les raisons pour lesquelles ils ne le sont pas.

1.4 Sexualité, intimité et travail social, un lien entre ces éléments

Jusque-là, les concepts de sexualité, d'intimité et de travail social ont été abordés de manière séparée. Il convient maintenant de faire un lien entre ces éléments.

Le rôle du travail social est de prendre en compte tous les aspects de la vie des usagers. Le travailleur social est une personne dont le but est d'aider les bénéficiaires dans tous les domaines de la vie quotidienne, y compris ceux qui pourraient se révéler problématiques. Si ces bénéficiaires n'ont pas la possibilité d'en parler avec leurs éducateurs, ils n'en parleront sans doute jamais à d'autres personnes, ou du moins très difficilement ; raison pour laquelle il incombe au travail social de faire preuve d'une certaine ouverture d'esprit et de compréhension vis-à-vis des questions d'intimité et de sexualité. Il ne serait pas faux d'imaginer que l'institution thématise ce sujet en fixant notamment un cadre de référence clair à l'intérieur duquel les éducateurs pourraient fonctionner.

« *L'accompagnement et la promotion à une vie sexuelle et affective épanouie du résident nous concerne en tant que professionnels puisque nous avons pour mission de préserver ou de restaurer l'autonomie des usagers et de leur faciliter l'insertion sociale* » (Maquelin G., 2009, p 57).

Il faut tout de même faire la distinction entre les termes de « sexualité » et d'« intimité » en y intégrant notamment la question du genre. Si ces deux mots sont étroitement liés, ils ne se confondent pas pour autant et n'auront pas la même signification pour une femme ou un homme. L'intimité apparaît plutôt comme un ensemble, qui comprendrait des « sous-ensembles », dont un serait la sexualité. Il y aurait notamment parmi d'autres sous-ensembles de l'intimité : l'hygiène, les pensées, le lien avec les enfants, etc. Ces sous-ensembles ne seront pas traités dans ce travail.

1.5 Sexualités inavouables

Les termes de « sexualités inavouables » sont fréquemment utilisés tout au long de ce travail. Dès lors, il convient de définir pour qui et par rapport à quoi ces sexualités sont inavouables ? Est-ce la personne concernée qui n'ose pas exprimer sa sexualité, car celle-ci est pour elle inavouable ? Cette sexualité est-elle inavouable pour la société ? Mais encore, cette sexualité est-elle inavouable pour le bénéficiaire par rapport au travailleur social, ou inversement, est-elle inavouable pour le travailleur social par rapport au bénéficiaire ? Pour chercher encore plus loin, cette question de sexualité pourrait-elle même être inavouable entre travailleurs sociaux ? Les réponses à ces questions se retrouveront dans la partie analyse, grâce aux entretiens menés avec les éducateurs sociaux.

Le terme d'« inavouable » signifie : « *Qui ne peut être avoué* ». Quant à son antonyme, « avouable », il signifie : « *Qui peut être avoué sans honte* ». La dimension de honte est donc bien présente. Le terme d'inavouable pourrait laisser sous-entendre que les personnes concernées par ces questions auraient donc une certaine gêne à exprimer leur sexualité, car celle-ci est considérée comme honteuse. « *La honte s'installe parce qu'elle est indicible et elle est indicible parce qu'en parler conduirait à mettre à jour des choses inavouables* » (Touil, 2008, p 90).

Du côté de la société, « inavouable » aurait la même signification, car il peut être gênant de discuter ouvertement de ces questions, qui finalement concernent les usagers.

De plus, les personnes concernées par ces sexualités inavouables peuvent avoir peur du jugement que cela peut engendrer. Non seulement, la société peut être critique par rapport à cette question, mais de plus, l'entourage de ces personnes peut montrer une certaine forme de réticence, voire même de dégoût. La peur des infections sexuellement transmissibles (IST, auparavant MST³) est aussi

³ Maladies sexuellement transmissibles

bien présente. De par leur vulnérabilité, une personne handicapée mentale ou addictive sexuelle peut être plus facilement exposée à ce genre de risque.

Un autre terme souvent utilisé pour qualifier une sexualité inavouable est celui de « déviance », terme déjà abordé précédemment dans ce travail. Effectivement, pour la société, la sexualité des personnes handicapées ou encore l'addiction sexuelle peuvent être qualifiées de déviantes. La sexualité est finalement perçue de manière « normale » pour les personnes adultes ayant des rapports sexuels dans le but de concevoir ou non un enfant. Du moment où celle-ci touche le handicap, la gériatrie, le milieu carcéral, les adolescents ou encore lorsqu'il s'agit d'une addiction sexuelle, elle est considérée comme déviante, jugée anormale ou contre-nature par la société.

Parmi les sexualités inavouables peuvent se retrouver la sexualité des personnes handicapées mentales (voir chapitre 1.7) en institution, la question de la sexualité en milieu carcéral, le viol conjugal, l'addiction sexuelle, la sexualité dans les EMS, etc. Si ces sexualités sont considérées comme inavouables, c'est qu'elle représente la dimension de tabou, de honte. D'après S. Nicole, la dimension d'inavouable fait référence à la notion de tabou, de secret. L'individu a la conviction que ce qu'il fait n'est pas avouable en société, et que cela va jeter sur lui l'opprobre, il risque donc d'avoir une image abîmée, délétaire.

Pour ce travail, deux sexualités « inavouables » ou « déviantes » seront traitées, c'est-à-dire l'addiction sexuelle et la sexualité des personnes handicapées mentales en institution. L'accent sera mis, lors de l'analyse, sur la sexualité des personnes handicapées *mentales* en *institution*.

1.6 L'addiction sexuelle et ses différentes composantes

La première sexualité inavouable traitée dans ce travail est l'addiction sexuelle. Phénomène émergent depuis quelques années, il est très intéressant de s'attarder quelque peu sur ce sujet.

1.6.1 Un phénomène émergent

Le terme « émerger » signifie : « *Se manifester, apparaître clairement* ». Si nous nous référons à cette définition, nous pourrions conclure que l'addiction sexuelle se manifeste de plus en plus, et ce de manière claire. Ce phénomène, si émergent soit-il, n'est certes pas nouveau. Il n'est pas faux de penser que cette déviance a toujours existé, mais que les personnes addictes n'osaient pas en parler. Mais encore, nous pourrions également imaginer que ce phénomène n'était, il y a plusieurs années, pas du tout considéré comme un problème par la société. Si à l'heure actuelle nous pensons que les personnes addictes au sexe osent s'exprimer sur le sujet, cela est certainement dû à l'apparition de

structures, telles que la Clinique Belmont, les DASA⁴ ou les Sexoliques Anonymes. Cette dernière est présente en Suisse, mais également dans d'autres pays européens. Mais c'est aussi parce que la société commence à parler plus ouvertement de sexualité en général, hors de tout contexte de pathologisation, mais plus particulièrement dans le cadre des droits humains. A l'heure actuelle, plus de repères sont clairement discutés pour que les personnes puissent analyser leur propre comportement dans le domaine.

1.6.2 L'addiction ou la dépendance en général

Plusieurs définitions formulées de manières différentes aident à comprendre au mieux ce que signifient les termes d'*addiction* ou de *dépendance*.

Une addiction peut-être perçue : « *Dès lors qu'une conduite envahit toute la vie du sujet, au point de l'empêcher de vivre. L'objet de l'addiction est plus que le centre de la vie, il centre la vie de l'addict et le définit [...] un addict ne vit plus que pour et par l'objet de sa dépendance* » (Valleur M., Matysiak J.-C. 2004, p 20).

Toujours selon M. Valleur et J.-C. Matysiak (2004, p 21) deux éléments sont essentiels pour définir une dépendance : « *1. le fait de ne pas pouvoir se passer de quelque chose (un produit) ou de faire quelque chose (une conduite), sous peine d'en éprouver un certain malaise. [...] 2. que ce produit ou cette conduite devienne le centre de l'existence, que plus rien ne compte en dehors de telle "drogue", de tel jeu, de telle personne...* ».

Mais encore, de manière moins équivoque, la dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin (Memmi A., 2005, p 32).

Comme le terme « d'addiction » sera utilisé de manière récurrente, une autre définition permettant d'encore mieux saisir son sens est nécessaire. L'addiction est un comportement compulsif et répétitif qui concerne l'usage d'une substance, alcool ou drogue, le jeu, l'achat, le vol, l'absorption urgente d'une grande quantité de nourriture, la sexualité. Le passage à l'acte s'accompagne d'un état émotionnel et d'un vécu physique et psychique auxquels le sujet attribue des vertus positives : excitation ayant un pouvoir créatif, soulagement d'un sentiment pénible, effet sédatif, antalgique, anxiolytique. L'addiction s'accompagne de croyances permissives, souvent liées à une expérience inaugurale qui a été vécue de façon exaltante. Elle comporte aussi des croyances interdictrices, liées à la répression sociale et aux risques pour la santé du sujet. Certains stimuli accentuent le risque addictif :

⁴ Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes

l'ennui, le désœuvrement, la présence d'un comparse tentateur, le voyage (Debray Q., De Sutter P., 2013, p 11).

1.6.3 Différences entre « addiction » et « dépendance »

Selon l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, une différence est à faire entre les termes « addiction » et « dépendance » : « *L'étymologie "addiction" désignait en langage juridique l'esclavage pour dettes puis "la contrainte par corps". Une addiction renvoie à une relation pathologique entre un individu et un objet ou une situation. Le terme "addiction" s'entend au sens large, englobant les toxicomanies avec et sans drogues* » (ANPAA Corse, 2013).

Quant à la dépendance, l'Organisation Mondiale de la Santé la décrit en 1975 comme suit : « *Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non* » (ANPAA Corse, 2013).

Par contre, d'après le "Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances" (D. Richard, J.-L. Senon, 2004), la dépendance est une situation d'assujettissement d'un individu à la prise d'une drogue, l'interruption de cette dernière pratique entraînant un malaise psychique, voire physique, qui incline le sujet à pérenniser sa consommation. Mais la notion de dépendance recouvre un champ bien plus étendu: elle englobe toutes les "toxicomanies sans drogue" et pour caractériser ces dernières, depuis quelques années, les spécialistes font plutôt appel à la notion d'addiction. L'addiction est donc un autre terme pour désigner cette relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu à l'égard d'un produit (drogue, tabac, alcool, médicament), d'une pratique (jeu, sport, travail, sexe...), ou d'une situation (relation amoureuse). Ces deux termes ont donc tendance à être employés indifféremment pour désigner ce comportement qui conduit une personne à s'adonner à des pratiques qui le mènent à aliéner sa liberté d'être et de vivre (Drogues Info Service, 2012).

Durant ce travail de recherche, les termes d' « addiction sexuelle » seront donc utilisés, sauf en cas de citations. Cela s'explique par le fait que ce terme est justement utilisé pour désigner une « toxicomanie sans drogue », comme tel est le cas de l'addiction sexuelle.

1.6.4 L'addiction sexuelle

Le concept d'addiction sexuelle a été introduit pour la première fois au milieu des années 1970 à Boston par un membre des Alcooliques Anonymes. Quelques années plus tard, il a fait l'objet d'un

ouvrage (*Out of the Shadows : understanding Sexual Addiction*⁵, 1983) de Patrick Carnes, devenu depuis lors ouvrage de référence sur le sujet. Durant les années qui ont suivi, des recherches ont été menées aux États-Unis pour définir et quantifier le problème. Il en ressort qu'environ 5% de la population en souffrirait. De façon concomitante, des prises en charge thérapeutiques de l'addiction sexuelle ont été mises en place, au même titre que pour d'autres addictions comme la drogue ou l'alcool (CHECK POINT Vaud, 2013).

L'addiction sexuelle fait partie des addictions dites « sans produit ». Elle se caractérise par un recours quotidien, systématique et incontrôlable au sexe. Selon le Dictionnaire des addictions (2007) de Laurent Karila, l'addiction sexuelle est définie comme une addiction comportementale dont il existe différentes présentations cliniques comme la masturbation compulsive, la drague compulsive, la consultation compulsive de sites internet classés X, de journaux ou de services téléphoniques à caractère pornographique, de sex shops, de peep shows, de bars lap-dance ou l'hypersexualité (CHECK POINT Vaud, 2013).

D'après Debray Q. et De Sutter P (2013, pp 23-24), « [...] *Nous pouvons tenter une définition de l'addiction sexuelle. Nous reprenons celle du psychiatre Jean Tignol qui établit ses critères en les calquant sur ceux qui ont été adoptés pour l'addiction aux substances. Nous aurons donc :*

- *Le comportement sexuel est souvent effectué en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu,*
- *Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler le comportement sexuel,*
- *Des activités sociales, professionnelles, ou de loisir importantes sont abandonnées ou réduites à cause du comportement sexuel,*
- *Le comportement sexuel est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le comportement sexuel. Par exemple, poursuite de ce comportement malgré un risque imminent de divorce, de licenciement, de maladie sexuellement transmissible, ou de poursuites pénales ».*

En résumé, l'addiction sexuelle est un comportement sexuel impulsif et compulsif, avec tout ce que cela suppose d'appauvrissement affectif, de répétition standardisée et obligatoire, d'exclusivité, provoquant une désorganisation de la vie sociale, familiale, puis de la vie professionnelle, avec le risque en plus de nuire à sa santé et à celle des autres.

⁵ Sortir de l'ombre : comprendre l'addiction sexuelle

1.6.5 Les trois stades de l'addiction sexuelle

Pendant les recherches et les enquêtes de terrain, un entretien fût mené avec Mme S. Nicole, directrice de la Clinique Belmont à Genève, psychologue de formation, spécialisée notamment dans l'addiction sexuelle. Selon elle, l'addiction sexuelle comprend trois stades :

1. Lors du premier stade, la personne a soit une activité sexuelle particulière, fétichiste ou masturbatoire particulière, soit celle-ci se rend régulièrement dans des clubs échangistes ou regarde des images pornographiques. Dans ce premier stade, la personne addictive sexuelle peut être perçue dans la société comme assez lourde, très « branchée cul », ou à l'inverse peut même être considérée positivement, comme quelqu'un qui s'assume, qui est libre. Mais dans ce premier stade, la personne est toujours en accord avec l'autre. Des conséquences peuvent néanmoins subvenir dans leur vie professionnelle ou dans leur couple, mais celles-ci restent très mineures. Dans ce premier stade, l'addiction sexuelle prend la dimension d'avouable. Ce que la personne fait n'étant pas mal vu ou dangereux, l'addiction sexuelle n'aurait aucune raison d'être tue, cachée ou considérée comme quelque chose d'inavouable.
2. Au deuxième stade, l'addiction sexuelle est déjà dans une dimension où la personne ne commence plus à donner, à demander l'accord du partenaire, et va se rendre compte que l'addiction aura plus de conséquences pour soi-même et dans sa vie. Dans ce cas, il peut y avoir des risques professionnels, des risques policiers, des risques relationnels, c'est-à-dire des ruptures, des divorces, car à ce moment-là, la personne n'attend plus l'accord de l'autre et impose des choses. Elle peut être perçue comme une nuisance, comme un harceleur au travail ayant toujours les mains mal placées. De plus, de lourdes conséquences financières peuvent également avoir lieu, si la personne addictive consomme du sexe sur internet, va dans des clubs échangistes plusieurs fois par semaine ou encore a recours à la prostitution.
3. Finalement, dans le dernier stade, il n'y a plus du tout d'accord entre les différents protagonistes en ce qui concerne tout acte sexuel et il y aura donc systématiquement la dimension de viol ou d'abus. Heureusement, la majorité des dépendants sexuels sont dans les stades un et deux, une toute petite minorité étant concernée par le stade trois.

1.6.6 Les quatre phases de l'addiction sexuelle

Le processus de l'addiction sexuelle a été proposé par les psychiatres R.C. Reed et D.A. Blaine (Valleur M., Matysiak J.-C., 2004, pp 115-116) et se compose de quatre phases :

1. Phase d'obsession, dans laquelle, en réponse à des difficultés existentielles, le sujet est totalement absorbé par des préoccupations sexuelles. Cela signifie que la personne addictive sexuelle réfléchit à un acte possible, à une manière de se soulager,
2. Phase de ritualisation, c'est-à-dire d'exécution des rituels qui précèdent le comportement sexuel. L'addict sexuel va alors organiser son acte ou sa relation sexuelle, engager une quelconque action dans le but de se soulager,
3. Phase d'agir sexuel, qui entraîne un soulagement temporaire, donc provisoire. La personne addictive sexuelle passe à l'acte. Cela peut être soit un rapport sexuel, soit un acte masturbatoire, soit le visionnement d'un film pornographique, etc.,
4. Phase de désespoir, avec un sentiment d'impuissance à contrôler sa conduite. Une fois l'acte terminé, l'addict sexuel éprouve un certain remord à l'avoir accompli.

Cette description comporte l'élément jugé essentiel à la définition de toute addiction : le fait que le sujet lutte sans succès pour mettre fin à une conduite dont il est à la fois l'auteur et la victime. (Valleur M., Matysiak J.-C., 2004, pp 115-116).

En résumé, la dépendance au sexe :

- est une maladie du comportement,
- est une source de souffrance (psychique et/ou physique),
- est caractérisée par l'incapacité de renoncer à un comportement sexuel (Sandis F., Dumonteix J.-B. 2012, pp 220-221).

1.6.7 Les différences entre addiction sexuelle, dépendance affective et co-dépendance

Il est important de faire la distinction entre ces trois formes de dépendance. Si ces termes peuvent porter à confusion, une différence persiste entre l'addiction sexuelle, la dépendance affective et la co-dépendance. Le concept d'addiction sexuelle ayant déjà été expliqué, les deux paragraphes suivants traiteront donc de la dépendance affective et de la co-dépendance. Mme S. Nicole explique lors de l'entretien qu'il y a trois formes de dépendances. Ces définitions et explications n'engagent qu'elle :

1.6.7.1 La dépendance affective

Beaucoup de patients sont traités pour la dépendance affective. C'est le problème majoritaire rencontré à la Clinique Belmont. Cette dépendance se traduit par le fait de n'exister que parce qu'il y a un « nous ». A chaque fois que le patient développe une relation amoureuse, cela sera de l'ordre

du fusionnel. Il ne fera jamais rien sans le dire à son partenaire, mais son partenaire ne fera également rien sans le lui dire. Si une personne dépendante affective éprouve du plaisir sans son partenaire, elle se sentira mal. Les personnes dépendantes affectives sont toujours dans un versant fuyant et un versant dépendant. C'est le plus gros problème de la société actuelle, particulièrement avec tous les meurtres, crimes passionnels, violence conjugale ; ceci est considéré comme de la dépendance affective. Selon Mme S. Nicole, 45% de la population souffrirait de dépendance affective.

1.6.7.2 La co-dépendance

Troisièmement, il y a la co-dépendance, c'est-à-dire consommer de la relation. Être co-dépendant signifie s'occuper de quelqu'un et de se sentir bien parce qu'on s'en occupe. Le rêve d'une personne co-dépendante est que son co-dépendant aille bien, mais la pire des choses qui puisse lui arriver est que cette personne aille bien ! Si le co-dépendant commence à prendre de l'autonomie, la personne dépendante risque de paniquer. Il y aurait un taux de suicide de 10% chez les personnes co-dépendantes. Donc quand un co-dépendant perd son dépendant, il se trouve en très grand risque de fragilité et cela peut être très dangereux pour lui.

1.6.8 Le déni

Le terme « déni » peut se définir comme suit : « *Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi* » (Ionescu S., Jacquet M.-M., Lhote C, 1997, p 112).

Le déni fait partie des mécanismes de défense qui sont des processus de régulation psychologiques automatiques, inconscients, mentaux. Dans toute addiction , nous allons retrouver ce procédé qui est central, autant dans l'alcoolisme ou la drogue que dans l'addiction sexuelle.

Le processus du déni est l'une des étapes inévitables par laquelle un addict passe au cours de sa vie.

Ce terme se retrouve fréquemment dans presque tous les témoignages. Les personnes reconnaissent toutes être passées par cette phase, avant de prendre conscience de leur comportement. Par exemple, Stéphane⁶ nous relate que : « [...] Quand on me parlait d'addiction sexuelle, cela me faisait sourire, j'étais dans le déni, comme tout drogué dans ses premières phases ».

⁶ Nom d'emprunt du livre « les sex addicts, quand le sexe devient une drogue dure, 2012 »

Mais également James⁷, qui cite à 2 reprises : « *Moi aussi, comme elle, j'étais dans le déni et pour une bonne raison* », ou encore : « *Oui, je suis passé par une phase de déni absolu* ».

1.7 Handicap mental et sexualité

La sexualité des personnes handicapées mentales en institution peut être considérée comme sexualité inavouable. Ce sujet est récurrent dans notre société et est discuté de manière très controversée.

1.7.1 Le handicap mental

La notion de handicap est tout sauf facile à définir. Le Petit Larousse (édition de 1989), nous apprend qu'un handicap, c'est un : « *Désavantage quelconque, infirmité qui met quelqu'un en état d'infériorité* », le handicapé étant dès lors : « *Une personne atteinte d'une infirmité ou défavorisée de manière quelconque* » (Campagna N., 2012, p 41). Pour compléter la définition assez rudimentaire du handicap donnée par le Petit Larousse, mentionnons ici la définition qu'en propose Claude Hamonet : « *Le handicap est la restriction des activités personnelles et/ou de la participation à la vie sociale qui résulte de la confrontation interactive entre, d'une part, les capacités d'une personne ayant une ou plusieurs limitations fonctionnelles durables, physiques, mentale, sensorielle (vue, audition) ou psychique et, d'autre part, les contraintes physiques et sociales de son cadre de vie.* » Cette définition fait clairement ressortir le fait que le handicap renvoie à deux termes fondamentaux : la personne et l'environnement dans lequel elle vit et dans lequel elle veut ou doit assumer certaines tâches. Si elle parvient, du moins sans grande difficulté par rapport à la moyenne, à assumer ces tâches, elle n'est pas jugée handicapée, alors que si elle n'y parvient pas ou si elle n'y parvient qu'en déployant des efforts qui vont bien au-delà de ceux accomplis par la moyenne, elle sera jugée handicapée (Campagna N., 2012, pp 44-45).

Pour Insieme Suisse, le handicap mental est une limitation des capacités cognitives. Parmi les capacités cognitives d'une personne, on compte, par exemple, la capacité de lire, de planifier, d'argumenter. Ces limitations peuvent aussi avoir pour conséquence qu'une personne ait de la difficulté à analyser une situation, à tirer des généralités ou à se projeter dans le futur (prévoir). Chez une personne mentalement handicapée, le développement est plus lent que chez les autres personnes et les phases de développement sont moins prévisibles. Les handicaps mentaux peuvent être génétiques et/ou congénitaux, comme le syndrome de Down. Des maladies du métabolisme, des complications lors de la naissance, un manque d'oxygène ou des accidents peuvent également être à

⁷ Nom d'emprunt du livre « les sex addicts, quand le sexe devient une drogue dure, 2012 »

l'origine d'un handicap mental. Le diagnostic à lui seul ne dit pas grand-chose sur les perspectives de développement de l'enfant concerné (Insieme, 2014).

Mais encore, le large champ des *handicaps mentaux* (nommés aussi « la déficience intellectuelle ») est significatif du manque de capacités cognitives, de difficultés psycho-affectives, de position de dépendance (le tout, plus ou moins marqué). La représentation sociale est plus négative : *« L'image figure porteuse est celle d'un enfant à vie. La figure secondaire est celle de l'inadaptation scolaire et sur le plan affectif celle d'un monde vide et clos qui entraîne un enfermement relationnel. [...] Ces représentations et leurs images sont également en voie de transformation, mais de manière beaucoup plus lente que dans le champ des handicaps physiques [...] »* (Agthe Diserens C, 2013, p 93).

Cependant, la nature du handicap peut être très diversifiée. Certaines déficiences peuvent également susciter de grandes discussions et divergences d'opinions lorsqu'elles sont liées à une question de sexualité. Il convient de faire une brève description des autres formes de handicaps auxquelles peuvent être confrontés les usagers.

1.7.2 Le handicap physique

Le large champ des *handicaps physiques*, nommés aussi « handicaps moteurs », entraîne certaines incapacités (voire plus exceptionnellement toutes) de mouvements volontaires. Ces handicaps peuvent être innés (de naissance) ou acquis (accident, maladie dégénérative, etc.). La représentation sociale du handicap physique est passée, avec les années, de la pitié à de l'admiration. L'image figure porteuse était celle de la personne en souffrance, faible et vulnérable. Elle s'est transformée en une image de la personne battante, forte et exceptionnelle de volonté mentale et physique. Le handicap physique véhicule aujourd'hui une image de vouloir vivre, de volonté de s'adapter, de capacité d'autonomie (Agthe Diserens C., 2013, p 86).

1.7.3 Le handicap sensoriel

Les *handicaps sensoriels* recouvrent la cécité et la surdité. La personne aveugle a longtemps été affligée d'une sexualité handicapée, mais il arrive maintenant qu'on lui reconnaisse un potentiel érotique prodigieux ! Puisqu'elle se sert de ses mains et de ses doigts pour « voir », elle touche, caresse, palpe, effleure... de manière exceptionnelle ! Cette représentation est très courante et permet d'imaginer que la personne aveugle aime forcément être elle-même touchée. La question de la confidentialité peut être parfois délicate, aussi bien pour la personne aveugle que pour le tiers présent. Quant à la personne sourde, elle est tributaire des représentations sociales élaborées par les personnes entendant qui connaissent de près ou de loin le milieu de la surdité, mais pas seulement :

les personnes sourdes ont aussi des représentations sociales sur la surdité (Agthe Diserens C., 2013, p 91).

1.7.4 Le handicap psychique

Le *handicap psychique* se définit plus particulièrement par une atteinte d'une ou de plusieurs pathologies mentales avérées, c'est-à-dire diagnostiquées et confirmées. Même lorsqu'elle est stabilisée, cette pathologie génère des conséquences de l'ordre de l'incapacité, que l'on peut définir comme un handicap psychique. Ce handicap n'est pas la conséquence d'une déficience innée. Il est la conséquence de maladies chroniques de types psychoses schizophréniques ou maniaco-dépressives, troubles bipolaires ou de la personnalité, survenus au cours de l'existence. La majorité des personnes qui sont atteintes par ce type de troubles vivent avec un handicap comportemental et affectif, se traduisant par des difficultés à acquérir ou à exprimer des habiletés psychosociales (Agthe Diserens C., 2013, pp 97-98).

Ce travail se focalise sur la sexualité des personnes handicapées mentales en institution, et ne se préoccupe donc pas des autres formes d'handicaps, tel que le handicap physique, sensoriel ou psychique. Effectivement, l'auteure de ce travail ayant fait dans le cadre de sa formation son premier stage dans une institution pour adultes handicapés mentaux (et certains également physiques), il lui importait de concentrer son travail sur la sexualité des personnes handicapées *mentales* en *institution*.

1.7.5 Les représentations liées à la sexualité des personnes handicapées mentales

La sexualité des personnes en situation de handicap mental reste un sujet tabou qui suscite des représentations sociales, culturelles et psychologiques très fortes au niveau individuel ou collectif. Pour de multiples raisons, elle est principalement perçue comme inexistante (angélisation et infantilisation de la personne handicapée), ou dérangeante, voire déviante. La personne handicapée mentale apparaît comme l'ange à protéger, l'enfant à préserver. Si cette dernière est un ange ou un enfant, elle n'a donc pas d'activité sexuelle. Les professionnels et les proches ne sont pas épargnés par ces préjugés. Pour les personnes en situation de handicap, elle renvoie à la représentation de leur propre corps altéré, à la représentation de ce corps par les autres : comment peut-il être perçu comme un objet de désir ? Prendre conscience de ces représentations collectives et individuelles est une première étape pour aborder la question de façon à la fois distanciée et humaine (Crips Îles-de-France, 2014).

Pour C. Agthe Diserens (2013, pp 25-27), le « duo » entre sexualité et handicaps peut d'abord souligner un double tabou (et parfois même triple... lorsque la peur des abus sexuels surgit). Or la

force des tabous réside justement dans le fait que l'on souhaite ou que l'on impose de s'éloigner. Un tabou, c'est ce qui ne se touche pas, ne se regarde pas, ne se dit pas... ne se pense pas. A l'origine, la fonction de ce dernier était d'établir une frontière entre les choses sacrées et l'homme, afin de protéger le sacré de la souillure, mais aussi de l'en distancer, car il est dangereux d'entrer en contact trop étroit avec lui : l'intégrité physique ou psychique pourrait en être atteinte, ou l'ordre du monde pourrait en être perturbé. Le mot « tabou » trouve son origine dans la langue polynésienne « tapu », qui signifiait l'interdit sacré. Sa fonction est d'ériger une barrière entre les humains et le domaine du sacré. Dans notre société, le tabou correspond à un interdit d'ordre moral ou religieux. S. Freud relie ce mot à des comportements sexuels qui outrepassaient la morale. En psychanalyse, le tabou est essentiellement lié à la sexualité (Maquelin G., 2009, p 30). De plus, sexualité et handicap s'inscrivent au sein d'une société néolibérale, dont les valeurs de performance et d'excellence nous gouvernent et nous gouverneront encore avec force.

Il est aussi important de souligner que les représentations de la vie sexuelle des personnes handicapées en institution varient selon les individus. Pour un éducateur social, cela ne sera pas perçu de la même manière que pour les parents d'un enfant handicapé mental. De même pour d'autres personnes n'étant pas concernées directement par une question de sexualité en milieu institutionnel, elles n'auront pas la même perception de ce sujet délicat, peut-être ne s'y intéresseraient-elles même que très peu.

1.7.6 La sexualité des personnes handicapées mentales en institution

La vie affective et sexuelle des personnes handicapées mentales en institution a longtemps été soit ignorée, soit considérée comme un problème comportemental ou une déviance qu'il fallait enrayer et interdire. En effet, considérées comme des personnes dépendantes qu'il faut prendre en charge et protéger, les personnes handicapées mentales sont encore de nos jours victimes d'une image d'angélisation. Les choses partent bien plus souvent qu'on le croit d'une bonne intention : aider, protéger l'autre, qui, du fait de son handicap, semble plus vulnérable, plus fragile, comme l'idée d'un bébé. [...] Cette image d'angélisation contribue également à dépasser les peurs qui sont associées à la notion de handicap, à cette différence dont on ne maîtrise pas forcément les contours ni le fonctionnement. La différence fait peur quand elle est associée à l'imprévu, à l'insaisissable et l'angélisation canalise cette peur. En matière de vie affective et sexuelle, l'angélisation fait de plein fouet résonance avec le tabou qui entoure les activités liées à la sexualité (Saint-Aimé S., 2009, p 15-16).

La sexualité des personnes en situation de handicap en institution soulève de nombreuses problématiques, tels que le respect de l'intimité des personnes concernées et leur protection face à

d'éventuels abus, mais également la nécessaire évolution des mentalités : certains professionnels ou la hiérarchie ne sont pas toujours favorables à aborder ce sujet encore tabou et à y travailler. De plus, la formation des professionnels est aussi une grande question : même s'ils sont motivés, une formation spécifique est nécessaire face à ce sujet délicat qui soulève de nombreuses questions : quel est le rôle du professionnel dans l'accompagnement de la personne désirant vivre son projet de vie affective et sexuelle ? Comment informer en tenant compte des spécificités de ce public ?

Grâce aux entretiens, ce travail permettra de répondre à ces questions et d'apporter des justifications ou des précisions sur le sujet.

Par ailleurs, la mise en place d'un programme d'éducation à la vie affective et sexuelle dans une institution nécessite de travailler en accord avec sa hiérarchie et en équipe pour un travail pluridisciplinaire. Il est important qu'il y ait un véritable projet d'établissement afin de créer une dynamique cohérente. La recherche de partenaires extérieurs est également une étape indispensable (intervenant compétents pour mener des actions de prévention, formateurs).

L'implication des familles dans ce projet est également un aspect fondamental : une démarche explicative et inclusive permet d'apaiser les éventuelles craintes des proches et les tensions pouvant en découler, afin de travailler dans un climat serein. S'inspirer d'expériences de terrain dans d'autres structures, partager et échanger sur ses pratiques permet également de s'enrichir mutuellement (Crips Îles-de-France, 2014).

A l'opposé, il se peut que certaines institutions refusent ou préfèrent interdire toute sexualité, par peur, par manque de formation ou manque d'informations : « *Nombreux sont les établissements qui à défaut de pouvoir trouver des réponses adaptées, ont vu dans l'interdit une façon de prévenir, une façon d'être, dans le moindre mal, donc une façon de protéger. Mais à ces interdictions, il faut par conséquent y associer les mesures disciplinaires (sanctions, mesures disciplinaires) qui vont avec, et là, la tâche devient encore plus ardue pour les professionnels et encore plus douloureuse à vivre pour certains résidents en proie à leurs pulsions. Nier ou interdire la sexualité des usagers peut avoir des conséquences graves sur le comportement de ces derniers. La vie affective et sexuelle n'est pas un luxe mais bien un besoin pour l'équilibre psychologique. Être nié dans cette réalité peut être vécu de façon très humiliante ou dévalorisante ; c'est une autre façon de réduire la personne à son handicap, ou du moins à l'idée que l'on se fait de son handicap* » (Saint-Aimé S., 2008, pp 43-44).

En conclusion, il ne serait pas faux d'imaginer que la sexualité des personnes handicapées mentales pose plus de problèmes à la société, aux personnes valides qu'aux personnes concernées. Effectivement, ce sujet crée des blocages, qui mènent finalement au refus, car il est plus facile d'interdire

catégoriquement toute activité sexuelle aux personnes handicapées lorsqu'elles vivent dans des structures plutôt que de les accompagner dans cette expression de leur vie.

Force est de constater que la question de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap reste un sujet sensible et peu développé sur la place publique. Pourtant, tout le monde s'accorde sur le fait que la sexualité est une composante fondamentale de la vie. Pourquoi, alors, ne pas poser clairement la question de savoir comment faire, en pratique, pour permettre aux personnes en situation de handicap d'être à égalité de droit en aménageant l'accès à la vie affective et sexuelle lorsque la personne le souhaite ? (Nuss M., 2008, p 15).

2 Problématique

Ce qui pose réellement problème dans cette thématique est premièrement que la sexualité, l'intimité et les sexualités inavouables en général ne sont pas discutées et intégrées dans les institutions. Pour bon nombre de professionnels, il n'est pas évident de parler ouvertement de sexualité avec les usagers, plus particulièrement si la sexualité paraît inavouable, comme l'addiction sexuelle, les rapports sexuels entre personnes handicapées mentales ou la sexualité en milieu carcéral, etc. En effet, peu nombreuses sont les institutions qui ouvrent le débat sur ce sujet sensible. Comment concrètement un éducateur peut-il accompagner les interrogations des usagers sur la sexualité ? Et comment respecter le droit des personnes à exprimer leur propre sexualité, quelle qu'en soit la forme ?

A l'heure actuelle, pour beaucoup de sujets dont il n'est pas facile de parler ouvertement nous utilisons souvent le terme de « tabou » dans notre société. Si nous nous basons sur la définition de S. Freud (1912), un tabou est décrit de la manière suivante : *« Pour nous, le tabou présente deux significations opposées : d'un côté, celle de sacré, consacré; de l'autre, celle d'inquiétant, de dangereux, d'interdit, d'impur [...] C'est ainsi qu'au tabou se rattache la notion d'une sorte de réserve, et le tabou se manifeste essentiellement par des interdictions et restrictions »* (Totem et Tabou, 2013).

L'addiction sexuelle et la sexualité des personnes handicapées mentales peuvent donc être vues comme quelque chose d'inquiétant ou d'interdit, raison pour laquelle les personnes concernées par ces besoins ou cette addiction n'oseraient pas en parler. D'après Mme S. Nicole, l'addiction sexuelle reste encore une « maladie » très honteuse, dont les gens parlent peu, ou avec de grandes difficultés. Cela vient du fait qu'en général, la sexualité peut-être perçue comme un sujet tabou et particulièrement l'addiction sexuelle. Pour elle, un tabou se définit comme quelque chose d'inavouable en société, avec le risque que l'opprobre soit jeté sur l'individu concerné. L'image sera donc abîmée, délétère, raison pour laquelle la personne préfère taire son addiction. La notion de tabou est considérée dans ce sens comme la notion de secret et d'inavouable. Il existe également d'autres sujets tabous, qui ne font pas tous référence à la sexualité, comme par exemple les violences sexuelles, la religion, la politique, etc.

3 Question et hypothèse

3.1 La question de recherche

La question principale de cette recherche est la suivante : « **Intimité, sexualité et travail social : comment l'éducateur social intègre-t-il l'intimité et les sexualités inavouables lors de l'accompagnement de l'usager dans les champs du handicap mental et de l'addiction sexuelle ?** ».

« [...] Chacun s'approche de l'autre, au plus près de sa personne ou de son personnage, de son habitus familial, des significations qu'il utilise pour vivre. Cette proximité s'appelle globalement intimité. Cette intimité va inéluctablement s'érotiser, se charger d'émotions et d'affects, engager les corps vivants. Cela s'appelle la dimension sexuelle » (Gomez J.-F., Vallon S., 2005, pp 25-27). L'éducateur social, quel que soit le domaine dans lequel il travaille, sera un jour confronté à la question de l'intimité, de la sexualité, des sexualités inavouables avec les usagers. Il ne peut professionnellement éviter ces sujets mais comment ce dernier va-t-il faire face à ces questions ? Comment va-t-il agir concrètement pour faire face à ces questions ? L'éducateur intègre-t-il ces concepts dans l'accompagnement de l'usager ? Ou alors laisse-t-il de côté ces sujets parfois tabous, gênants, délicats, dont on se passerait bien de parler ? Est-ce par manque de formation ou tout simplement par crainte de ne pas être à l'aise pour aborder ces questions avec les usagers ?

Ainsi, ce travail permettra de répondre à ces questions souvent restées en suspens, d'analyser et de vérifier si l'éducateur social prend en compte les questions d'intimité, de sexualité et de sexualités inavouables dans son accompagnement auprès de l'usager en intégrant notamment les notions d'addiction sexuelle et de sexualité chez les personnes handicapées mentales en tant que sexualités inavouables.

3.2 L'hypothèse

« **L'éducateur social n'intègre pas l'intimité, la sexualité et les sexualités inavouables dans l'accompagnement de l'usager** ».

L'intimité et l'affectivité de la personne est un droit (voir point 1.3). La question qui se pose néanmoins est : « *Celui-ci est-t-il toujours respecté* » ? Effectivement, l'éducateur social prend-t-il toujours en compte cet aspect lors de son accompagnement auprès de l'usager ? Ou alors néglige-t-il ce point pourtant important et précieux aux yeux des bénéficiaires ? Bien que le droit affirme que tout le monde a droit à son intimité, il est parfois délicat de le respecter : « *Le droit est protecteur des intérêts des personnes pouvant être vulnérables de par leur âge ou une altération de leurs facultés.* »

Mais comment fixer un cadre protecteur et assurer en même temps le respect des droits fondamentaux tels que le droit au respect de la vie privée et le droit à l'intimité ? Tels sont les enjeux des réponses apportées par le droit dans ce domaine mais telles en sont aussi les limites, cadre nécessaire mais difficile, lorsque l'intimité de la personne est en cause » (Touil, 2008, p 13).

Selon le Sociographe, n° 27 (Touil A. N., 2008), il en ressort que l'éducateur social ne prend pas toujours en compte la question de l'intimité, de la sexualité et des sexualités inavouables lors de l'accompagnement du bénéficiaire. En effet : « *La sexualité dans le travail social demeure pour le moins un sujet sensible. Quelle que soit l'institution (prison, CER⁸, MECS⁹, crèche, ITEP¹⁰...) quelle que soit la manière d'en parler : l'intimité, le désir, la violence, la frustration se télescopent. La question déroute tous les acteurs du travail social, du professionnel à « l'utilisateur », des parents aux enfants » (Touil, 2008, p 131).*

Des entretiens seront donc menés avec des éducateurs sociaux travaillant dans différents domaines, afin de vérifier ou inversement, de contredire cette hypothèse.

L'objectif est d'analyser et de vérifier si l'éducateur social prend en compte les questions d'intimité et donc de sexualités inavouables dans son accompagnement auprès de l'utilisateur. Comment fait-il face à ces questions souvent taboues, délicates et mal appréhendées dans le travail social ?

⁸ Centre éducatif renforcé

⁹ Maison d'enfants à caractère social

¹⁰ Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

4 Méthodologie

4.1 Méthodologie choisie et appliquée

Pour ce travail, les recherches ont été menées selon la méthode dite des entretiens. Pour se faire, trois entretiens dans les deux domaines de recherche (addiction et handicap mental) ont eu lieu. Une grille de questions a été conçue, en deux parties : une partie pour le handicap mental et une partie pour l'addiction sexuelle, les thèmes principaux étant toujours les mêmes pour les deux parties. Les questions ont été le plus souvent possible similaires pour les deux domaines, avec parfois quelques petites reformulations en fonction du champ de recherche. Une fois les six entretiens menés et enregistrés sur l'ordinateur et sur le smartphone, ceux-ci ont été retranscrits de la manière la plus précise et complète possible sur ordinateur. Ensuite, chaque question a été étudiée et les points forts ont été extraits pour donner lieu à la partie suivante, à savoir l'analyse.

Le nom des institutions interrogées ne sera pas divulgué. En effet, le but de ce travail n'est pas de critiquer les institutions mais de tout simplement répondre aux questions posées tout au long de ce travail.

4.2 Echantillonnage

Tableau 1 - Echantillonnage

	Sexe	Age	Années au sein de l'institution	Institutions	Durée de l'entretien
Educateur 1	Femme	27	2 ans	Fondation en faveur des personnes handicapées mentales, âgées de plus de 18 ans	57 minutes
Educateur 2	Femme	47	2 ans	Institution où sont accueillies des personnes avec handicap mental moyen à profond (groupes d'enfants, mineurs et adultes)	32 minutes
Educateur 3	Homme	60	25 ans	Institution accueillant des personnes souffrant d'addictions diverses	65 minutes
Educateur 4	Femme	39	6 ans	Institution accueillant des personnes souffrant d'addictions diverses	38 minutes
Educateur 5	Femme	27	6 ans	Fondation en faveur des personnes handicapées mentales, âgées de plus de 18 ans	45 minutes
Educateur 6	Femme	30	9 ans	Centre résidentiel de traitement de la dépendance à un produit ou à un comportement	36 minutes

4.3 Contextes institutionnels

Les six entretiens ont été menés avec cinq éducatrices et un éducateur, travaillant tous dans le canton du Valais. Comme il n'est pas évident de trouver des institutions prêtes à s'ouvrir sur le sujet, ou alors des institutions soignant l'addiction sexuelle en Valais, deux entretiens ont été menés dans la même institution pour chaque domaine. Cela signifie que deux institutions ont été entendues pour le domaine du handicap mental et deux institutions pour l'addiction sexuelle. L'âge des éducateurs a également varié d'un entretien à un autre.

L'anonymat ayant été garanti, autant au niveau de l'institution que de l'éducateur interrogé, ceux-ci seront nommés dans cette partie par des chiffres, à savoir de E1 à E6.

Les parties seront reprises et analysées l'une après l'autre, en fonction des thèmes et des questions posées.

4.3.1 L'éducateur 1 (E1) et l'éducateur 5 (E5)

Ces deux entretiens ont été menés avec deux éducateurs travaillant dans la même institution valaisanne, qui possède deux foyers basés dans des villes différentes. Cette institution est en réalité une fondation en faveur des personnes handicapées mentales, dont le principe est de valoriser les personnes en situation de handicap mental, premièrement par le travail, mais également en les aidant dans leur quotidien. Les personnes accueillies sont toutes âgées de plus de 18 ans. Le but principal de cette fondation est l'insertion de la personne handicapée mentale dans la société au niveau du travail. La valorisation des rôles sociaux est également travaillée. Les résidents vivent en foyer lorsqu'ils ne sont pas sur leurs lieux de travail.

4.3.2 L'éducateur 2 (E2)

Ce deuxième entretien a été mené avec un éducateur travaillant dans une grande institution où sont accueillies des personnes avec un handicap mental moyen à profond. Dans cette institution résident également des personnes polyhandicapées, des groupes de mineurs, des groupes d'enfants et des groupes d'adultes. L'éducatrice interrogée œuvre avec un groupe d'adultes, voire d'adultes vieillissants.

4.3.3 L'éducateur 3 (E3) et l'éducateur 4 (E4)

Les deux éducateurs interrogés pour ces deux entretiens travaillent dans la même institution, néanmoins sur deux sites différents. Cette institution reçoit des personnes souffrant de dépendances diverses. La dépendance la plus traitée est l'alcool, viennent ensuite les autres produits, tels que le

cannabis, l'héroïne, la cocaïne. De plus en plus de gens viennent pour des problèmes de jeux d'argent, jeux vidéo, cybergépendance, addiction sexuelle. Cette institution collabore également avec les hôpitaux lorsqu'une personne hospitalisée a des problèmes d'addictions. Les questions posées lors de ces entretiens étaient naturellement en lien avec l'addiction sexuelle.

4.3.4 L'éducateur 6 (E6)

La dernière institution visitée est un centre de traitement de la dépendance, accueillant des personnes souffrant de différents types de dépendances, que ce soit à un produit ou à un comportement. Ce centre est résidentiel, les patients restent entre cinq semaines et plusieurs mois, selon la situation. Les patients accueillis sont majeurs et viennent de milieux différents.

5 Analyse des entretiens

5.1 L'intimité

Ce premier grand thème abordé comporte plusieurs questions, afin de déterminer de quelle manière les questions d'intimité sont abordées et intégrées entre l'éducateur et l'utilisateur, mais également entre l'institution et l'utilisateur. De plus, une différence est faite entre un utilisateur homme ou femme en faisant référence à la question genre. Finalement, un point sur les questions d'intimité et de communication avec la famille de l'utilisateur a aussi été abordé.

Afin d'apporter une précision concernant le domaine de l'addiction sexuelle, il est important de relever qu'il ne fut pas chose aisée de trouver trois éducateurs ayant travaillé avec des personnes addictes sexuelles, surtout en Valais. L'E3 n'a pas donné de chiffre précis par rapport au nombre de personnes addictes sexuelles avec lesquelles il avait travaillé jusqu'à présent. L'E4 a eu l'occasion de traiter deux personnes souffrant d'addiction sexuelle, quant à l'E6, en 9 ans d'activité professionnelle, il a suivi un patient homme addicte sexuel, et cela remontait à trois ans en arrière.

5.1.1 L'intimité abordée entre l'éducateur et l'utilisateur

Pour ce thème, une distinction par rapport à la question genre a été faite. D'ailleurs, ce qui ressort le plus des entretiens menés, autant pour le handicap mental que pour l'addiction sexuelle, est le fait que les éducatrices sont plus à l'aise avec des résidentes ou utilisateurs femmes, alors que l'éducateur préfère s'occuper d'un utilisateur homme. En effet, autant pour le professionnel que pour l'utilisateur, il serait plus facile de parler des questions d'intimité avec quelqu'un de même sexe :

« Pour un homme, c'est plus délicat, enfin pour moi c'est plus délicat quand t'es une éducatrice parce que tu es une femme, donc tu représentes l'objet sexuel pour lui » (E1).

Quant à l'éducateur (E3) travaillant dans le domaine des addictions et menant des entretiens avec des personnes souffrant de dépendance sexuelle, il avoue :

« Moi je serais très mal à l'aise de le faire avec une femme, donc c'est pour ça qu'on a des équipes mixtes » (E3).

Pour en revenir au thème principal, à savoir comment l'intimité est abordée entre l'utilisateur et le professionnel, une distinction entre le domaine du handicap mental et de l'addiction sexuelle est importante.

En ce qui concerne le domaine du handicap mental, les réponses ont été très différentes entre les E1 et E5, qui sont deux personnes travaillant dans la même institution et le E2. Pour les E1 et E5, ces questions d'intimité sont abordées de manière simple, les deux éducateurs faisant preuve d'une grande ouverture d'esprit. Pour aborder au mieux ces questions-là, il faut considérer la personne handicapée mentale comme une personne à part entière, avec des besoins, des droits et donc aussi une sexualité. De plus, l'E5 affirme que c'est le rôle de l'éducateur de faire attention à ce que les résidents gardent leur intimité :

« On doit vraiment faire nous attention à garder leur intimité, parce qu'ils sont pas du tout pudiques » (E5).

Quant à l'E2, les questions d'intimité ne sont pas des thèmes abordés dans l'institution. Même si l'éducateur interrogé fait preuve d'une certaine ouverture d'esprit, ce ne sont pas des :

« Choses qui sont verbalement exprimées tout le temps [...] c'est pas abordé en tant que question comme ça, par rapport à l'intimité, c'est toujours en fonction de la situation, sinon je pense qu'ils n'auraient pas le niveau de compréhension suffisant [...] ils ont un niveau d'âge mental entre une année et demie et trois ans » (E2).

Quant aux éducateurs sociaux E3 et E4 travaillant dans le domaine de l'addiction sexuelle, ils abordent l'intimité avec les usagers en leur faisant remplir un questionnaire d'évaluation permettant de déterminer le mode de vie de la personne soignée, au niveau bio-psycho-social. Ce questionnaire permettra aussi d'aborder la question de la réduction des risques de maladies sexuellement transmissibles, tels que le VIH ou les hépatites. Ce biais-là sera en réalité la porte d'entrée pour aborder l'intimité avec l'usager.

Finalement, l'E6 va quant à lui essayer de clarifier avec le patient :

« Qu'est-ce qui est un comportement addictif, quels actes [...] et qu'est-ce qui serait d'un comportement normal. Donc on doit bien différencier, on va prendre beaucoup de temps pour voir qu'est-ce qui est de l'addiction et qu'est-ce qui est de rapport sexuel normal » (E6).

5.1.2 L'intimité abordée entre l'institution et l'usager

Ce point a été abordé afin de faire une comparaison entre l'institution et le professionnel face à l'intimité de l'usager. En ce qui concerne le handicap, l'E1 et l'E5 ont un point sur la sexualité dans le cahier des charges, mais ce point concerne justement plus la sexualité en tant que telle que l'intimité en général. Néanmoins, c'est une institution ouverte, ayant même organisé un slow-dating pour ses

résidents. Le principe est le même que pour le speed-dating où le but était de faire des rencontres et éventuellement de repartir en couple.

Quant à l'institution E2, elle n'est pas vraiment dans la même dynamique que la précédente. Pour cette institution :

« Le courant, c'est vraiment qu'on protège, qu'on soit très attentif à leur intimité, qu'on ne passe pas les barrières dans lesquelles on ne devrait pas passer [...] mais y a pas de directives spéciales » (E2).

De plus, il ajoute que leur équipe est supervisée par des psychologues et que si des « choses comme ça » sont à gérer, c'est le rôle des psychologues de le faire, ceux-ci étant leurs répondants « par rapport à toutes ces problématiques-là ».

Du côté de l'addiction sexuelle, les deux institutions insistent sur le fait qu'elles vont travailler sur le problème addictif, et non pas directement sur le produit consommé, à savoir le sexe.

« Le principe de l'addiction est un comportement inadéquat qui entraîne un mal-être chez l'individu, que ce soit sexualité, jeu, cannabis. Pourquoi aborder différemment ? Je ne comprends pas ! » (E3).

L'E6, institution différente d'E3, affirme qu'ils vont travailler de la même manière, peu importe l'addiction. Dans cette institution, les éducateurs ont une ligne de conduite précise pour mener un entretien, avec tout de même une marge de manœuvre dans comment mener l'entretien.

5.1.3 L'intimité abordée avec la famille des usagers

Cette question n'a été posée que pour les entretiens ayant été menés dans le champ du handicap mental. Les réponses ont été radicalement opposées entre l'E1 et l'E2. Effectivement, l'E1 explique que la communication avec la famille sur ces questions d'intimité dépend fortement de l'âge des parents. E1 étant référent de deux personnes âgées de 27 et 28 ans, les parents de ces résidents sont encore relativement jeunes et prêts à entendre et écouter certaines choses concernant la sexualité de leurs enfants handicapés. Les questions telles que la contraception ou les contrôles gynécologiques vont par exemple être abordées :

« Avec la famille, moi j'ai de la chance, j'en parle, mais après je sais que certains parents ne veulent surtout pas aborder ce sujet-là, parce que c'est encore des enfants malheureusement, enfin pour eux c'est encore des enfants, donc non, ils n'ont pas de sexualité » (E1).

Pour l'E5, travaillant dans la même institution que l'E1, il affirme n'avoir jamais eu besoin de parler de ce sujet-là avec la famille de ces référés, car il n'y a jamais eu de réels problèmes à ce niveau-là. De plus, il soutient que la famille fait entièrement confiance à l'institution et qu'il n'y a jamais eu pour lui un réel besoin de discussion sur cette problématique.

L'E2 n'aborde pas ces questions-là, les parents de la majorité des résidents ayant entre 80 et 85 ans :

« C'est des choses qu'on aborde pas, la sexualité est un peu taboue, par rapport à l'institution. En tout cas, moi j'ai pas eu l'occasion personnellement d'aborder l'intimité des personnes, des fois on parle par rapport peut-être au niveau des chambres [...] mais c'est pas réellement par rapport au souci d'intimité » (E2).

5.1.4 L'intimité intégrée entre l'éducateur et l'utilisateur

Après avoir demandé comment les éducateurs abordaient les questions d'intimité avec les usagers, la question posée était de comment les éducateurs intègrent cette intimité lors de leur accompagnement auprès de l'utilisateur. Pour ce qui est du domaine du handicap, il est ressorti que l'E1 et l'E5 en parlaient, notamment par le biais d'entretiens. Les sujets les plus souvent abordés concernent les moyens de contraception et les rendez-vous chez les gynécologues pour les femmes, mais également le fait de ne pas sortir nu de la salle de bain avant ou après une douche.

« J'ai bientôt un rendez-vous chez le gynécologue avec une résidente, elle veut plus avoir l'implant, elle veut avoir la pilule, mais elle sait pas du tout gérer la pilule, donc on en parle » (E1).

Dans le cas de l'E2, ces questions sont intégrées au niveau de la verbalisation et surtout au fait que les éducateurs soient attentifs à ce que les résidents gardent leur intimité. Cela rejoint ce qui a été dit par l'E5.

Pour l'addiction sexuelle, ces questions seront naturellement intégrées différemment. Dans les trois cas de figure, les éducateurs cherchent tout d'abord à définir qu'est-ce qui a mené la personne à ce qu'il y ait le développement de cette addiction sexuelle, et par la suite, établir à quel niveau est l'addiction sexuelle. Cela peut-être des visites chez des prostituées, un usage de cybersexe, discussions sur des forums, etc. De plus, un sexologue soutient souvent la prise en charge d'une personne addictive sexuelle :

On va aborder ça sur le point de vue addictif. Après, tout ce qui est l'aspect de la personne et sa sexualité on va devoir l'orienter vers le sexologue parce que c'est vrai qu'il y a une partie que nous,

on connaît moins bien aussi. Comment la personne elle a, par rapport à sa sexualité, intégré sa sexualité dans son développement, ça c'est plus le travail de la sexologue » (E4).

De plus, pour l'E6, l'éducateur va se centrer sur les comportements qui vont amener la personne à consommer. Il y a souvent un problème émotionnel, une gestion des émotions qui est problématique, d'où le fait que le professionnel travaille sur les comportements. En guise de conclusion à cette question, l'E6 explique :

« On va regarder quelles émotions sont arrivées à ce moment-là, quelles pensées sont arrivées après et qu'est-ce que ça a engendré comme comportement pour voir comment ça fonctionne enfin, c'est de la TCC¹¹, donc c'est très comportemental. [...] Je travaille de la même manière avec quelqu'un qui boit de l'alcool qu'avec quelqu'un qui va consommer du sexe, c'est de comprendre qu'est-ce qui fait qu'on en arrive à ces comportements-là » (E6).

5.2 La sexualité

La sexualité est en réalité un sous-ensemble de l'intimité. Par sexualité, nous entendons tout ce qui touche aux rapports sexuels, la masturbation, l'usage de sexe-toys, etc. Les mêmes questions ont été posées pour l'intimité, à savoir comment est abordée la sexualité entre l'éducateur et l'usager, mais également entre l'institution et l'usager et naturellement une différence homme-femme a été faite.

5.2.1 La sexualité abordée entre l'éducateur et l'usager

Premièrement, pour la question genre, les réponses obtenues n'ont pas été totalement similaires à celles de l'intimité :

« Je fais pas vraiment de différence entre un homme et une femme, parce que s'il y a une personne, homme ou femme, qui me vient me poser des questions, je suis toujours ouverte à répondre, que ce soit un homme ou une femme. J'ai encore jamais eu de personnes qui sont venues me poser des questions à laquelle j'ai pas pu répondre » (E5).

L'E1 confirme également cette manière d'aborder la sexualité avec l'usager, mais est moins catégorique quant à la question genre :

« Autant pour une femme qu'un homme, si un jour j'ai un homme comme résident, j'aborderai la même chose [...] je m'appuierai plus avec mon collègue homme pour m'aider ou lui sera peut-être

¹¹ Thérapie cognitivo-comportementale

plus facilement à l'aise en fait pour parler de sexualité avec un homme qu'avec une femme, comme une femme est plus à l'aise... » (E1).

Globalement, ce qui ressort des entretiens menés dans le domaine du handicap mental est que les éducateurs ne vont pas systématiquement aborder ces questions s'il n'y en a pas besoin. Les trois éducateurs interrogés expliquent que les thèmes les plus abordés au niveau de la sexualité sont la masturbation, l'utilisation de sexe-toys, les maladies, telles que les cystites ou le VIH, etc. Néanmoins, cela ne vient pas directement d'eux, ils laissent les résidents venir leur en parler ou leur poser des questions :

« En fait, on se rend bien compte qu'on va pas parler de sexualité avec des personnes qui n'en ont pas besoin, on va pas créer des problèmes là où il y en a pas. Par contre, quand il faut, on en parle, ça y a vraiment pas de souci » (E5).

Pour expliquer cette affirmation, il est plusieurs fois ressorti lors des entretiens que les résidents n'avaient pas le niveau de compréhension suffisant pour que ces questions soient abordées, même d'une manière relativement simple. Les éducateurs ne vont donc pas aborder systématiquement d'eux-mêmes le sujet, sauf en cas de besoin.

Finalement, un travail autour des valeurs est fait, surtout dans l'E1. Par exemple, inculquer la distance avec les hommes, ne pas tout accepter, et donc décortiquer ces aspects-là, tout en ayant le soutien des psychologues si besoin. Cela renvoie au point 1.2.3 concernant les valeurs :

« On essaie de leur inculquer les valeurs autour de ça, de pas écarter les jambes tout le temps » (E1).

Pour l'addiction sexuelle, il a été mis en évidence dans les trois entretiens qu'il n'était pas toujours facile d'en parler, et que la gêne venait surtout de la part de l'intervenant :

« Je pense qu'aujourd'hui, c'est plus l'intervenant qui a des difficultés à parler de sexualité avec l'utilisateur. La gêne est plus chez la personne, chez le professionnel que chez l'utilisateur » (E3).

« C'est vrai que c'est pas toujours simple d'aborder ce sujet, des fois même je dirais suivant les personnes on en parle même pas, parce que c'est vrai que c'est pas toujours simple d'en parler » (E4).

« On essaie d'être le plus clair possible, même si quand on parle de sexualité, ça devient quand-même un peu plus compliqué que de parler de boire de la bière. Mais si on le fait pas, on passe à côté de quelque chose. [...] C'est toujours une approche qui est particulière, c'est plus gênant. C'est quand-

même pas naturel d'aborder ce genre de choses aussi dans les détails, parce que vraiment quand il s'agit de définir qu'est-ce qui est de l'addiction et qu'est-ce qui est du comportement normal, il s'agit vraiment de rentrer dans les détails » (E6).

En conclusion, aborder la sexualité restera toujours quelque chose de gênant et de délicat pour un intervenant, quel que soit le domaine dans lequel il exerce. De plus, il est important qu'une certaine confiance s'installe entre l'éducateur et l'utilisateur, ce qui ne se fait pas forcément après le premier entretien. L'utilisateur devra donc côtoyer un certain temps son éducateur avant d'arriver à s'ouvrir sur ces questions.

5.2.2 La sexualité abordée entre l'institution et l'utilisateur

Ce point a, comme l'intimité, été abordé dans le but de comparer si l'institution, dans ses grandes lignes, aborde de manière différente la sexualité de l'utilisateur qu'un éducateur aborderait de manière personnelle. Une différence flagrante est à noter entre les deux institutions dans le champ du handicap :

« C'est des choses qui sont très taboues. Ils ont sorti des nouvelles directives pour les institutions par rapport à tout ce qui est sexualité, j'ai essayé de présenter ça à l'institution, mais eux ils refusent, ils veulent pas du tout entendre parler de sexualité, c'est vraiment quelque chose qui est tabou » (E2).

Cette institution, comme le cite l'éducateur, est une institution vivant encore 30 à 40 ans en arrière, contrairement à l'E5 par exemple, qui explique que :

« L'institution laisse ouvert la porte à la sexualité. Dans notre foyer à l'époque, il y avait deux personnes qui sortaient ensemble, ils ont fait une demande et ont pu mettre les deux lits dans la même chambre » (E5).

Il est intéressant de constater la différence d'ouverture entre ces deux institutions par rapport à la sexualité et de conclure que chaque institution a sa manière bien à elle d'agir et d'aborder ces sujets.

Concernant l'addiction sexuelle, les réponses ne sont pas aussi divergentes entre les différentes institutions. Une formation a d'ailleurs été donnée par une sexologue, conseillère en sexualité. Celle-ci donnait des pistes pour aborder ce sujet-là et tous les collaborateurs ont suivi cette petite formation interne.

Un autre aspect aussi important est que les éducateurs travaillent plus ou moins tous de la même manière lorsqu'ils reçoivent une personne addictive sexuelle. Effectivement, l'E6 a une ligne de

conduite à suivre, car ils travaillent en thérapie de groupe et ne pourraient pas se permettre de travailler chacun de manière différente :

« C'est pas que quelqu'un fait sa cuisine de son côté et quelqu'un d'autre fait différent, on peut pas se le permettre » (E6).

5.2.3 Réactions face à un comportement jugé déviant ou inadapté

Les réactions de la part des différents éducateurs sont très similaires. Effectivement, tous les éducateurs verbalisent le comportement déviant ou jugé inadapté et l'expliquent à l'utilisateur, en remettant le cadre, en expliquant les valeurs et les limites de leur travail, en changeant de thérapeute ou d'intervenant, en marquant un certain éloignement physique, en recentrant l'entretien sur son but initial ou en le stoppant carrément. Cinq éducateurs sur les six interrogés avaient déjà vécu une telle situation. Notamment, certaines de leurs réactions spontanées sont les suivantes :

« Je deviens toute rouge, je suis mal à l'aise, tu sais pas vraiment comment réagir parce ce que tu sais pas vraiment ce qui se passe dans sa tête à lui [...] t'es mal et tu te remets en question, parce que t'as l'impression que c'est toi qui a fait faux quelque chose » (E1).

« Je lui ai montré que j'étais pas d'accord, que sa sexualité, il pouvait la faire dans sa chambre [...] j'étais pas là pour ça et que j'étais là pour l'accompagner » (E5).

« Je recentre en principe en disant que c'est pas éthique, c'est pas ok, en principe ça marche assez bien, j'ai pas eu trop d'insistance de ce côté-là. Quand on leur dit que c'est pas éthique, ça leur parle assez bien... » (E6).

En conclusion, ce qui semble très important de faire lorsqu'un éducateur se retrouve confronté à un comportement déviant ou jugé inadapté, est de verbaliser directement ce comportement avec l'utilisateur, de la manière la plus simple qui soit. Autant pour le handicap mental que pour l'addiction : *« Toutes les choses qui ne sont pas dites sont des choses qu'on traîne » (E3)* et il semble primordial d'être honnête et de bien fixer des limites afin qu'une relation de confiance puisse s'installer entre le professionnel et l'utilisateur.

5.2.4 Une charte institutionnelle sur la sexualité

Lorsque la question a été posée aux éducateurs s'il existait une charte sur la sexualité dans leur institution, les réponses ont été très variées. De plus, la question n'a au final pas été interprétée de la même manière dans le domaine du handicap et dans celui de l'addiction sexuelle.

Néanmoins, les réponses obtenues sont très intéressantes. Pour les éducateurs travaillant avec des personnes handicapées mentales, les réponses étaient aux antipodes l'une de l'autre. Effectivement, dans l'institution de l'E1 et l'E5, une charte existe sur la sexualité de leurs résidents :

« On a quelque chose dans notre définition de poste [...] chacun est libre d'avoir une sexualité, ils ont droit comme une personne tout à fait normale [...] donc il y a un point sur le besoin d'affinité, d'intimité » (E1).

À l'opposé, l'E2 explique qu'il n'y a pas du tout de point abordé là-dessus, car les éducateurs n'en parlent pas. Cela s'accorde en réalité avec les autres réponses obtenues de cet entretien et avec la manière de travailler de cette institution.

Interprétées de manière différente par les éducateurs du domaine de l'addiction, ces réponses ne sont néanmoins pas moins intéressantes. En effet, ces derniers ont donné un autre sens à la question et expliquent tous qu'ils ont, dans leur règlement, un paragraphe stipulant l'interdiction totale pour un intervenant d'avoir des relations sexuelles avec un usager. Ceci pourrait être interprété comme une faute professionnelle grave et l'intervenant se verrait contraint de démissionner, ou du moins de transmettre le dossier à un autre centre :

« Je vais même plus loin, mais ça faudrait que je vérifie. Admettons que vous soyez ma cliente, je pourrais entrer en relation avec vous dans la mesure où la fin de la prise en charge a plus de 5 ans, quelque chose comme ça. Mais c'est des choses qui sont claires, je pourrais pas sortir avec une de mes clientes, c'est impossible, c'est une faute professionnelle » (E3).

Dans le cas de l'E6, il est également mentionné que les résidents ne doivent pas avoir de relations sexuelles entre eux au sein de l'établissement.

5.2.5 Une demande axée sur la sexualité refusée ou négligée

Ce thème a été abordé uniquement avec les éducateurs travaillant avec des personnes handicapées mentales. Il ressort des entretiens que les éducateurs n'ont jamais ignoré ou couper court à une conversation sur la sexualité avec un de leurs résidents et qu'ils ont toujours été très à l'écoute à ce niveau-là. De plus, ils n'ont jamais négligé une demande axée sur la sexualité de la part d'un résident. En revanche, il est arrivé une fois que l'E1 doive mettre un terme à la conversation, car le résident lui avait demandé personnellement de lui faire une faveur sexuelle. Dans ce contexte-là, la demande a naturellement été refusée avec tout de même une certaine gêne et un certain malaise de la part de l'éducateur :

« Donc au final, il demandait si je pouvais le branler, donc, tu coupes court, tu dis, écoutes, tu peux le faire, tu vas dans la salle de bain [...] mais t'es un peu mal à l'aise, surtout au début de ta formation » (E1).

5.3 L'espace de parole pour l'utilisateur

Ce thème donne un aperçu de l'espace de parole de l'utilisateur, jusqu'à quel point celui-ci peut parler ouvertement des questions liées à la sexualité avec l'intervenant au sein de l'institution. Par exemple, l'E1 et l'E5 vont agir de la même manière. Le résident pourra parler ouvertement et poser les questions qu'il souhaite, néanmoins cela se fera dans un cadre donné, afin que cela ne dérange pas le reste du groupe. Effectivement, les résidents vivant la majeure partie du temps en groupe, les éducateurs vont faire attention à ce que ce genre de discussions n'ait par exemple pas lieu au salon, mais que cela se fasse dans un bureau ou en privé :

« On va pas parler de ça au salon, on va cadrer la chose, tel jour ou dans 10 minutes au bureau et on va discuter » (E5).

Autre point essentiel à relever dans cette question est le fait que les éducateurs vont mettre en place des consultations avec des professionnels du planning familial (SIPE), afin que les résidents puissent parler de ces aspects-là avec une personne externe et neutre à l'institution.

« On peut mettre en place aussi des points rencontres avec le SIPE à Sion par exemple, il y a une conseillère au SIPE qui est formée dans le handicap mental [...] parce qu'ils sont plus à l'aise de parler avec quelqu'un totalement neutre de l'institution » (E1).

Finalement, les valeurs de l'éducateur jouent aussi un rôle dans l'espace de parole accordé pour l'utilisateur. Celui-ci peut en effet poser des limites, en pensant que ce sont des valeurs sociales, mais en réalité, ces valeurs sociales coïncident avec les limites personnelles de l'éducateur. Cet espace de parole est donc malheureusement dépendant de l'éducateur et de sa manière d'aborder le sujet.

Les éducateurs E3, E4 et E6 sont tous unanimes. Ils doivent être prêts à entendre ce que l'utilisateur souhaite raconter tout en respectant ce qu'il dit. Si celui-ci ne souhaite pas s'exprimer sur un certain point, c'est le devoir de l'éducateur de ne pas insister et donc violer cette sphère privée :

« La personne est libre ici de dire ce qu'elle veut ou ce qu'elle veut pas. Si elle veut pas, le reste, moi je crois au jardin secret. Après c'est du viol » (E3).

De plus, pour l'E4 par exemple, qui collabore étroitement avec une sexologue, celle-ci se concentrera plus sur l'aspect sexuel et intime ; quant à l'éducateur, il se préoccupera plus du côté addictif et d'accompagnement.

Finalement, dans certaines structures, comme l'institution où travaille l'E6, les professionnels exercent en individuel, lors d'entretien, mais également en thérapie de groupe. Cela est donc plus délicat pour l'utilisateur de s'exprimer sur son problème addictif, notamment dû au fait que beaucoup de personnes addictes (toute addiction confondue) ont subi des abus sexuels. Cela peut donc « *ramener certaines choses qui sont compliquées pour d'autres* » (E6). De plus, parler d'addiction sexuelle ne ressemble pas forcément à ce qu'ils entendent lors des thérapies de groupe et certains détails pourraient créer un malaise.

5.4 Offres ou prestations en matière de sexualité au sein de l'institution

Les offres ou prestations seront évidemment différentes dans les deux champs de recherche. Pour une personne handicapée mentale résidant dans l'institution E1 ou E5, elle pourra, si elle le souhaite, aller chez des prostituées ou avoir recours à une assistante-sexuelle, si son « projet » est construit et sérieux. Cela doit être un réel besoin de la personne et non pas une décision prise sur un coup de tête. Néanmoins, ce qui pourrait freiner cette démarche est le fait que les curateurs doivent être d'accord avec cette idée et que pour la plupart des résidents, les curateurs sont leurs parents. Il se peut que ceux-ci soient réticents à l'idée que leur enfant aille voir une prostituée ou rencontre une assistante-sexuelle. De plus, les résidents devraient payer eux-mêmes ce genre de prestations et il se peut que le coût de celles-ci bloque les curateurs. Dans l'E1, l'éducateur a également confié proposer l'usage des sexe-toys à certains résidents :

« Ça nous fait du bien à nous, donc pourquoi pas à eux, ça peut être une alternative à assouvir certains besoins, parce que certains, ils ont besoin d'une sexualité, mais pas forcément relationnelle, à prendre que le plaisir individuel » (E1).

A l'opposé, l'E2 explique que les usagers bénéficient de matériel pédagogique au niveau de la sexualité, des poupées en tissu par exemple qu'ils peuvent toucher. Dans cette institution, l'accès à la sexualité s'arrête à ce niveau-là. L'éducateur explique avoir parlé de sexualité lors de son arrivée dans l'institution il y a deux ans et que ses collègues étaient très étonnés d'entendre ces questions-là. L'E2 n'a donc jamais fait appel à une assistante-sexuelle.

L'E3 et l'E4 proposent des entretiens individuels pour tout d'abord définir la problématique avec l'utilisateur. Ensemble, ils posent des objectifs concrets, abordent la gestion des émotions, mais aussi un

changement de comportement. De plus, si besoin, les usagers sont orientés vers d'autres professionnels, tels que des psychologues, psychothérapeutes, psychiatres ou encore sexologues, qui « *ont nettement plus de connaissances que nous sur la sexualité* » (E4).

Ce qui ressort également de ces recherches est que les usagers bénéficient d'un grand espace d'écoute grâce aux entretiens individuels.

L'E4 travaille aussi sur la frustration, le manque et le stress ressentis par la personne afin que celle-ci retrouve un niveau de vie satisfaisant. L'E6 propose par exemple des ateliers d'art thérapie, de la thérapie avec les chevaux, des séances de relaxation et de méditation.

L'E3, l'E4 et l'E6 proposent tout d'abord un accompagnement basé sur l'addiction et surtout de bien identifier les déclencheurs de comportements :

« On va regarder avec elle à quel moment ça se passe, quand, comment, qu'est-ce qu'elle fait, sur quel axe justement elle aborde [...] il y a ce problème d'addiction sexuelle. Et puis on va l'inviter vraiment à dire comment est-ce qu'elle peut faire autrement » (E4).

Un travail au niveau émotionnel est aussi important, car le comportement addict intervient le plus souvent pour calmer des émotions fortes, des émotions auxquelles la personne n'a pas pu répondre différemment. Il se peut également que le comportement addict intervienne dans le but de soigner une dépression ou un certain mal-être.

Si l'intervenant pense ne pas pouvoir gérer ce problème addictif avec l'utilisateur, il l'oriente vers une conseillère conjugale, un médecin ou encore un psychiatre, qui eux pourront en plus prescrire des anxiolytiques ou des antidépresseurs.

5.5 Travail en réseau

Les six éducateurs interrogés exercent tous au sein d'une institution où bon nombre de professionnels travaillent. De ce fait, un point a été abordé au niveau du travail d'équipe et de la communication entre collègues ou avec des intervenants extérieurs sur la sexualité des résidents ou usagers.

5.5.1 La sexualité discutée entre éducateurs

Les éducateurs sont unanimes sur ce point : ils parlent tous de la sexualité des résidents avec leurs collègues, mais pour la plupart sans rentrer dans les détails si cela n'est pas important pour la prise en charge. Effectivement, si le résident est venu vers un éducateur pour lui confier quelque chose, celui-ci ne donnera pas de précision à ses collègues par respect pour l'utilisateur. Certains éduca-

teurs interrogés, comme l'E1 et l'E3 ont montré plus d'intérêt au fait de parler de ce thème avec les collègues :

« On a des interventions d'équipe [...] on peut pas travailler seul [...] moi je crois au réseau [...] en équipe, c'est plus facile, en disant, là j'ai de la peine, comme on fait ça [...] autrement on peut pas avancer » (E3).

5.5.2 La sexualité discutée avec des intervenants extérieurs

A ce niveau-là, les réponses obtenues sont plus divergentes d'un entretien à un autre. Effectivement, une institution comme l'E2 ne collabore pas du tout avec des intervenants extérieurs à l'institution. Quant à l'E1 et l'E3, ils font appel au SIPE ou à des psychiatres (centre de consultation psychiatrique) si besoin. Néanmoins, les éducateurs n'entrent pas toujours dans les détails et tentent de garantir l'anonymat à la personne, même si une aide extérieure est sollicitée.

5.6 L'avouable et l'inavouable

Cette partie nous fait entrer dans le vif du sujet, comme le cœur de ce travail de recherche porte sur les notions de sexualités inavouables. Ce thème a été abordé en fin d'entretien, les personnes interrogées ont été amenées à définir les mots d'avouable et d'inavouable, mais également donner leur avis sur la sexualité de leurs usagers.

5.6.1 L'avouable

Les éducateurs ont défini ce qui était avouable pour eux dans la sexualité. Ceux-ci ont presque répondu à l'unanimité que tout était avouable, que cela concerne les relations sexuelles, la masturbation, les sexe-toys, les IST¹², etc. L'E1 a néanmoins insisté sur le fait qu'il ne donnait jamais des exemples de sa propre sexualité à ses résidents, malgré parfois quelques questions de la part d'une de ses référées. De plus, il se dit prêt à :

« En parler ouvertement, tant que ça dérange pas les personnes qu'il y a autour si on est en groupe [...] ça touche pas mes valeurs si on va pas parler de trucs trop bizarres ou autres [...] si y a des sujets un peu délicats, où les seuls conseils que je peux donner en fait c'est par rapport à ma vie, à mon vécu, là je vais les orienter chez la psy ou chez le SIPE ».

De plus, l'E4 et l'E5 ont mis l'accent sur l'aspect de la confiance que le résident ou l'utilisateur a envers son éducateur référent ou son intervenant. Effectivement, si l'utilisateur trouve la force d'en parler, c'est une preuve de confiance qu'il fait envers son éducateur. Il incombe donc à ce dernier d'être

¹² Infections sexuellement transmissibles

ouvert et de ne pas juger ce que la personne lui dit, quand bien même ces récits peuvent heurter ou choquer :

« Je pense qu'on se fait personnellement une idée de qu'est-ce qui peut être avouable, et pas avouable en fonction de notre parcours, de comment on a construit notre sexualité, de nos expériences [...] Il y a des choses qui seront inavouables à un moment donné, je pense que le seuil est effectivement personnel » (E4).

Ce qu'il est finalement important de retenir dans cette notion d'avouable, c'est que chaque éducateur a un seuil de tolérance personnel qui pourra sans doute jouer un rôle dans l'accompagnement et l'ouverture qu'il proposera à son usager. L'âge de l'éducateur a également son importance dans la prise en charge. L'E2, âgé de 47 ans, affirme que les éducateurs « plus âgés » sont moins interpellés par ces questions de sexualité et de sexualités inavouables.

Tous les éducateurs interrogés se rejoignent sur le fait qu'il faut parler de sexualité, jusqu'au point où cela est utile et qu'il ne faut pas avoir peur. Néanmoins, les questions posées aux usagers doivent toujours être justifiées et sensées, cela ne doit pas être de la curiosité personnelle, mais doit être bénéfique à la thérapie.

5.6.2 L'inavouable

Après avoir défini ce qui était avouable dans la sexualité, les éducateurs ont explicité ce qu'était, à l'inverse, quelque chose d'inavouable.

Plusieurs mots, tels que honte, tabou, secret, mœurs, etc. ont été cités. L'E1 répète à maintes reprises que la notion d'inavouable fait référence à quelque chose d'honteux, quelque chose qui nous fait honte, que l'on n'ose pas avouer car on a honte, comme une « *grosse bêtise quand on est enfant* » (E1). De plus, il cite :

« Sans la sexualité, on serait pas là [...] C'est vrai que c'est perçu comme sale, souvent avec le handicap en plus [...] ça devrait pas être honteux, gênant, tabou, mais ça l'est malheureusement » (E1).

Pour d'autres, l'inavouable est quelque chose qui n'est aujourd'hui pas encore passé dans les mœurs, donc encore très tabou. Cela vient du fait que l'addiction sexuelle est quelque chose de relativement nouveau, dans le sens où les gens commencent à en parler maintenant.

De plus, l'inavouable, comme l'avouable, dépendra de l'éducateur et ce dont il est prêt à entendre et à recevoir, étant donné que cela touche l'intimité :

« Il n'y a rien qui est inavouable, c'est l'ouverture, c'est... être prêt à entendre » (E5).

Cette notion fait référence à quelque chose de personnel et de propre à chacun, avec le risque de mettre dans une situation d'inconfort, autant pour l'utilisateur que pour le professionnel.

5.6.3 Le handicap mental et la sexualité, quelque chose d'inavouable ?

À cette question, les réponses sont toutes plus ou moins similaires. La sexualité des personnes handicapées mentales n'est pas quelque chose d'inavouable pour l'éducateur spécifiquement, mais en revanche, il pense qu'en général, cela est inavouable pour la société, et plus particulièrement pour les parents de ces personnes handicapées :

« C'est inavouable pour les parents, je peux pas mettre tout le monde dans le même sac, mais j'ai jamais connu de parents ou de parenté qui parlent ouvertement de sexualité, qui sont d'accord que leurs enfants... » (E5).

« C'est très compliqué, parce que c'est très difficile d'en parler avec les parents [...] on viole leur intimité si on en parle avec les parents. Et d'un autre côté, c'est des enfants qui sont souvent sous une autorité parentale prolongée de manière presque indéfinie. Alors c'est presque plus facile d'en parler avec un tuteur externe, qu'avec les familles » (E2).

La sexualité en général est un sujet tabou, que cela concerne les personnes handicapées mentales ou pas. La sexualité est vue comme quelque chose de sale, d'intime, et qui nous touche personnellement. De plus, parler de sexualité des personnes handicapées mentales peut faire peur et renvoyer à notre vie privée, raison pour laquelle ce sujet est parfois tu :

« Alors la sexualité des personnes handicapées mentales ou pas de toute façon c'est tabou. Donc encore plus pour le handicap mental, parce que c'est sale, ça fait peur, c'est sale, ça nous touche personnellement, la sexualité c'est quelque chose d'intime » (E1).

5.6.4 L'addiction sexuelle, quelque chose d'inavouable ?

Élément principal ressorti de cette question est l'aspect sociétal. Effectivement, le regard que porte la société envers ces personnes addictes sexuelles pourraient les bloquer et les dissuader de venir en parler. L'addiction sexuelle est perçue, pour les éducateurs interrogés, comme une grande souffrance dont il est très difficile d'en parler :

« On m'a même eu raconté une fois l'histoire de personnes justement qui avaient ce problème d'addiction sexuelle et qui s'étaient pour finir suicidées parce qu'elles savaient plus comment faire

pour s'en sortir. C'est une souffrance, il faut pas voir l'addiction sexuelle, mais faut voir la souffrance qu'il y a derrière » (E4).

De plus, l'addiction sexuelle risque de mettre en péril la vie familiale et professionnelle de la personne addictée, et de ce fait, celle-ci préférerait ne pas l'avouer par crainte des conséquences que cela pourrait engendrer.

Finalement, l'addiction sexuelle toucherait plus de personnes que celles qui viennent consulter. Cette addiction est perçue comme quelque chose de sale du fait qu'elle concerne le sexe, la société pourrait avoir beaucoup d'aprioris par rapport à cette problématique :

« Les gens qui boivent, c'est des poivreaux, des gens qui n'ont pas de volonté, donc j'ose pas imaginer ce qu'on peut entendre sur les gens qui auraient une addiction au sexe » (E6).

5.7 Avis personnel des éducateurs

En fin d'entretien, les éducateurs ont donné leur avis personnel sur la thématique, c'est-à-dire sur la sexualité des personnes handicapées mentales en institution ou sur l'addiction sexuelle, selon bien évidemment leur activité professionnelle.

5.7.1 Sur la sexualité des personnes handicapées mentales en institution

Dans l'institution E2, l'éducateur regrette que les personnes handicapées qui souffrent déjà d'un handicap soient privées de leur sexualité. Cela ne devrait pas être un handicap supplémentaire. A l'heure actuelle, des formations existent et de ce fait, les professionnels doivent se former afin de répondre aux besoins et demandes des usagers. La sexualité reste quelque chose de délicat et il est important de ne pas faire de dégâts par manque de connaissances. Entre autres, il ne trouve pas impératif que cette personne formée soit un éducateur, cela pourrait très bien être un psychologue ou un infirmier.

L'institution E5 part dans une autre direction en exprimant qu'il est important de distinguer si la sexualité est un réel besoin pour la personne ou pas. Si cette personne ne montre pas d'intérêt à avoir une vie sexuelle, il ne faut pas *« créer des besoins là où il n'y en a pas »* (E5). Néanmoins, il est essentiel de respecter la personne et de prendre en compte ses désirs, si celle-ci souhaite par exemple se masturber, lui donner la possibilité de le faire dans sa chambre ou dans la salle de bain. Le rôle principal de l'éducateur reste d'offrir un certain cadre à ses résidents en essayant de respecter ses besoins.

5.7.2 Sur l'addiction sexuelle

Premièrement, les institutions E3 et E4 déclarent se concentrer sur le côté addictif de la problématique avec néanmoins l'aspect sexuel qui complexifie, pour l'E4, la prise en charge. L'E3 se pose quant à lui la question : « *Jusqu'où va l'addiction ?* » (E3). Pour lui, le risque d'abus serait un sacré problème et il pense que cela pourrait arriver « *tellement c'est compulsif* » (E3). De plus, une personne ayant peu de repères avec des relations sexuelles peu fiables peut potentiellement être plus exposée à ce genre d'addiction.

L'E4 précise que ça ne fait pas longtemps que les personnes addictes sexuelles osent venir consulter et prendre des rendez-vous. Il revient aussi sur la notion de souffrance que cela engendre, du fait que cette addiction touche l'intimité, et parfois le couple.

Finalement, l'E6 résume son avis personnel en une petite phrase : « *C'est pas de bol !* » (E6). Il explique dire à ces pensionnaires qu'ils n'ont « *pas de bol* » d'avoir cette maladie, qui est la dépendance, que cela soit à l'alcool, le cannabis ou le sexe. Il conclut en disant que du moment où les gens arriveront à accepter que c'est une maladie et non un vice, cela sera « *très bien* » (E6).

5.8 Vérification de l'hypothèse

Ayant formulé pour ce travail de recherche l'hypothèse suivante : « *L'éducateur social n'intègre pas la sexualité, l'intimité et les sexualités inavouables dans l'accompagnement de l'usager* », celle-ci a été soumise en fin d'entretien aux éducateurs interrogés, afin qu'ils donnent leur avis quant à la pertinence de cette hypothèse, si celle-ci leur semble correcte, à nuancer ou fausse. Les avis sont cités les uns après les autres.

L'E1 est formel : cela dépend tout de l'éducateur. L'hypothèse peut être confirmée, comme elle peut être infirmée, l'éducateur et les valeurs de l'éducateur joueront leur rôle. Le fait que l'éducateur soit lui aussi à l'aise dans sa propre sexualité aura son importance, sinon celui-ci ne pourra pas accompagner une personne si cette dernière pose des questions ou exprime certains besoins. De plus, l'institution peut être elle aussi un facteur déterminant, certaines structures ne sont pas encore prêtes à s'ouvrir sur le sujet. D'après l'E1, l'hypothèse est confirmée, mais ne concerne pas tous les éducateurs. Comme déjà cité à maintes reprises, la sexualité est et restera un sujet tabou, cela est inévitable :

« *Il y a un bouquin, l'ange et la bête [...] où la personne handicapée en fait elle est considérée comme un ange, donc c'est un être asexué. Il y a toujours des gens qui sont là-dedans, et il y en a d'autres pas* » (E1).

Au final, il conclut en disant que le fait d'être en Valais, canton catholique, n'est pas un atout et pourrait être un problème supplémentaire.

L'E2 est formel également, mais à l'inverse de l'E1. Il pense qu'aujourd'hui, l'hypothèse est infirmée et que l'éducateur « *intègre ces choses* » (E2). Pour les jeunes éducateurs, ce sujet serait moins tabou et donc plus abordé que pour des éducateurs plus âgés et travaillant dans la même institution depuis plusieurs années. Il cite l'exemple de collègues partis à la retraite et qui avaient exercé dans cette institution depuis 35 ans. La sexualité était déjà taboue dans leur propre intimité, donc cela ne pouvait pas être intégré dans leur pratique professionnelle. Mais maintenant, il pense que cela est différent et est donc mieux intégré.

Les explications de l'E3 furent brèves, mais précises. Il est d'avis que ce n'est absolument pas intégré, il se dit même convaincu. Dans l'institution où il exerce, la problématique de l'addiction sexuelle est abordée depuis deux ans et donc est une addiction relativement nouvelle.

L'E4 part du principe qu'il faut nuancer cette hypothèse. Cela dépendra des domaines et de la problématique de l'usager, il pense qu'il y a énormément de paramètres et cela sera en fonction de ces paramètres que la sexualité sera abordée ou pas.

L'E5 n'est pas d'accord avec cette hypothèse et l'explique de la manière suivante :

« *C'est une question, c'est individuel à chaque éducateur, il y a l'institution qui donne une couleur on va dire à l'ouverture et à la fermeture, mais après la sexualité... c'est l'éducateur qui vit tous les jours avec la personne, qui va aussi donner de sa personne* » (E5).

Il complète ce que dit l'E1 en explicitant que la sexualité de la personne handicapée mentale « *renvoie tellement à la nôtre* » (E5) que soit l'éducateur sera fermé et ne voudra pas en parler, soit celui-ci sera ouvert. Personnellement, il pense intégrer complètement ces questions d'intimité et de sexualité, d'autant que le foyer dans lequel il exerce est ouvert à cette thématique.

L'E6 part du principe que pour traiter une addiction sexuelle, il y a obligation de parler de sexualité et d'intimité, sinon « *on est pas dans le sujet* » (E6). Par contre, il n'abordera pas spontanément ce sujet avec une personne souffrant d'une autre addiction, comme l'alcool par exemple. Finalement, il conclut en disant que l'hypothèse est confirmée, car ses aspects ne sont pas forcément toujours investigués et abordés.

5.9 Synthèse des entretiens

Au long des entretiens, plusieurs découvertes ont été faites.

La première concerne l'importance qu'un professionnel homme traite avec un patient ou résident, et qu'une professionnelle traite avec une patiente ou résidente. Effectivement, comme déjà cité, les deux parties se sentent plus à l'aise pour aborder les questions de sexualité avec une personne du même sexe. De plus, l'ouverture d'esprit dont fait preuve l'éducateur aura un impact considérable sur sa capacité à aborder les questions de sexualité.

Autre détail pouvant avoir son importance dans la prise en charge est l'âge de l'éducateur. Effectivement, un éducateur plus jeune sera peut-être plus enclin à parler de sexualité qu'un éducateur plus « âgé » et travaillant dans l'institution depuis vingt, voire trente ans. Il ne faut pas oublier le fait que de parler de sexualité peut renvoyer à notre propre sexualité et donc provoquer un certain blocage ou une certaine gêne.

Troisièmement, nous pouvons constater que si l'institution est ouverte aux questions de sexualité et d'intimité, il y aura une charte à ce sujet. Au contraire, si l'institution est fermée à ce propos, il n'y aura aucun règlement, aucune ligne directrice et les éducateurs n'aborderont pas ces questions-là avec les résidents.

En outre, l'élément ayant été mis le plus en évidence lors des entretiens dans le domaine de l'addiction sexuelle est que les intervenants abordent cette addiction comme ils le feraient avec un problème d'alcool ou de drogues. Ce qui prime pour eux est le côté addictif, l'aspect sexuel n'est pas au premier plan.

Tous ces éléments nous ramènent à l'hypothèse formulée, à savoir : « *L'éducateur social n'intègre pas l'intimité, la sexualité et les sexualités inavouables dans l'accompagnement de l'utilisateur* ».

Si nous nous basons sur les réponses obtenues de ces six entretiens, l'hypothèse est infirmée dans cinq cas sur six. Effectivement, mise à part une institution, les autres pensent aborder et intégrer la sexualité lors de leur prise en charge, quel que soit le domaine. Les éducateurs interrogés faisaient preuve d'une grande ouverture d'esprit, et dans la majorité des cas, les résidents ou patients pouvaient parler librement de leurs désirs, besoins ou problèmes dans le cas de l'addiction. Néanmoins, les résultats obtenus sont à nuancer. Les paroles des éducateurs, leurs compétences professionnelles et leur franchise lors des entretiens ne sont absolument pas mises en doute, mais il

est difficile de se baser sur seulement six entretiens pour vérifier une hypothèse comme celle formulée pour ce travail.

De plus, leur avis personnel concernant ladite hypothèse amène à la nuancer. Plusieurs d'entre eux ont été d'avis que l'hypothèse était juste, malgré le fait qu'eux intégraient ces aspects-là dans leur travail. A l'inverse, l'éducateur travaillant dans l'institution fermée pense que l'hypothèse est fausse, car à l'heure actuelle, la majorité des institutions sont ouvertes et abordent la sexualité avec leurs usagers.

Finalement, si l'on se concentre sur ce travail, on peut conclure que l'hypothèse a été infirmée grâce aux entretiens menés, car si l'on se base sur ceux-ci, la majorité des éducateurs interrogés sont attentifs à ces questions-là, abordent et intègrent l'intimité, la sexualité et les sexualités inavouables lors de leur accompagnement de l'utilisateur.

6 Limites de la recherche

Il est important de relever certains points ayant posé problèmes lors de ce travail de recherche. Premièrement, le fait de ne pas avoir pu interroger un éducateur ayant déjà travaillé avec un nombre important de personnes addictes sexuelles. Effectivement, en Valais, il n'est déjà pas chose aisée de trouver une institution traitant ce genre de dépendance, mais il est encore plus difficile de trouver un professionnel habitué à ce type de situations. Les éducateurs interrogés avaient certes déjà eu l'occasion de s'occuper de personnes addictes sexuelles, mais pas de manière régulière. Cela était de l'ordre de une à deux personnes depuis le début de leur carrière.

Deuxièmement, les réponses obtenues par les éducateurs interrogés n'engagent qu'eux et ne peuvent donc pas constituer une généralité ou une certitude. De plus, l'échantillonnage étant restreint (six entretiens), il est difficile de certifier la qualité de l'analyse.

Il n'y a « malheureusement » pas eu de confrontation avec des éducateurs sociaux réticents et fermés par rapport à cette thématique, ce qui aurait pu apporter d'autres éléments d'analyse.

Finalement, l'avis des personnes concernées par cet objet de recherche (personnes handicapées mentales et personnes addictes sexuelles) aurait été intéressant et très enrichissant, mais cela reste une démarche très délicate.

7 Bilan

Les principaux objectifs de ce travail étaient d'analyser et de définir si l'éducateur social prend en compte, lors de son accompagnement de l'utilisateur, les aspects sexuels, les questions d'intimité et de sexualité. Je pense, grâce aux divers entretiens menés, avoir pu obtenir des réponses pertinentes et complètes. Ce travail est le premier travail « conséquent » que je mène depuis le début de ma formation et je dois avouer qu'il m'a été parfois difficile de le concilier avec mes autres travaux scolaires, surtout lors des 5ème et 6ème semestres. De plus, trouver la force de faire son travail de Bachelor pendant la période du stage n'est pas toujours évident.

J'ai essayé d'avoir une posture ouverte et de rester neutre lors des divers entretiens. Plus les entretiens passaient, plus je me sentais à l'aise face à la personne interrogée. Je n'ai pas jugé ce qui m'a été confié, quand bien même cela me paraissait parfois particulier ou inhabituel.

Malheureusement, j'ai perdu du temps au début de ce travail, car je ne savais pas exactement dans quelle direction je souhaitais investiguer. Je pensais pouvoir déposer mon travail pendant l'été suivant la fin de ma deuxième période de formation pratique, mais finalement, cela se fera quelques mois plus tard. J'espère néanmoins rendre un travail pertinent et complet, qui pourra peut-être apporter des réponses ou des pistes d'action pour ces questions souvent délicates.

Pour un travail de cette ampleur, il est important de savoir dès le départ notre but et ce que nous souhaitons découvrir tout au long de la recherche. Pour ma part, je souhaitais travailler sur un thème tabou et très peu répandu (addiction sexuelle) mais je pense avoir sous-estimé la difficulté que cela allait représenter. J'avais une idée bien précise de ce que je voulais faire, mais ne suis pas arrivée à aller au bout de mes idées. Je suis d'un côté un peu déçue de ne pas avoir pu me concentrer uniquement sur cette direction-là, mais suis d'un autre côté satisfaite et contente des découvertes faites grâce aux recherches théoriques et entretiens.

De plus, ce travail de recherche est un apport important pour ma future carrière professionnelle. Effectivement, si j'ai un jour l'occasion de travailler dans une institution pour personnes handicapées mentales ou avec des personnes addictes sexuelles, je pourrais me baser sur ces recherches faites et trouver plus facilement des réponses afin d'accompagner au mieux les résidents ou les patients. Ce travail m'a certes beaucoup apporté, en particulier au niveau de l'addiction sexuelle et de la manière de prendre en charge une personne souffrant de cette addiction.

Conclusion

Les concepts théoriques m'ont apporté beaucoup de nouvelles connaissances et m'ont permis de différencier l'intimité de la sexualité, mais aussi de creuser du côté de l'addiction, de la déviance, de l'addiction sexuelle et des déviances sexuelles. Je trouve ces thèmes passionnants et enrichissants. Grâce aux différentes lectures, j'ai fait des découvertes qui m'ont donné envie de continuer dans cette direction-là et de faire une formation complémentaire une fois mon Bachelor obtenu.

Parler ouvertement de sexualité aux personnes avec lesquelles on travaille n'est pas une démarche facile à faire. Cela comporte beaucoup d'éléments à prendre en compte : l'usager comprend-il ce que je lui explique, est-il à l'aise avec ce sujet ? Suis-je en train de donner des conseils ou de citer des exemples par rapport à ma propre vie sexuelle ? Que ressentent les usagers au moment de faire le premier pas ? Qui d'entre nous sera le plus gêné ? Toutes ces questions peuvent compliquer le travail de l'éducateur et de ce fait, provoquer un certain blocage, voire même pousser le professionnel à ne pas aborder la sexualité, que ce soit dans le domaine du handicap mental ou de l'addiction sexuelle.

La sexualité, tout comme la religion ou la politique est un sujet tabou et discuté de manière controversée. Celle-ci a une ampleur universelle, et il est important de se rappeler que sans la sexualité, nous ne serions pas là à l'heure actuelle.

Les entretiens m'ont permis de découvrir quatre nouvelles institutions qui m'étaient jusqu'alors inconnues ; j'en avais évidemment déjà entendu parler, notamment lors de mes trois années d'études, mais je n'avais jamais eu l'occasion de parler avec des professionnels y travaillant, voire même d'aller sur place dans la moitié des cas.

J'espère fortement qu'un jour, la sexualité pourra être abordée comme un autre thème de la vie courante et qu'il n'y aura plus de gêne à évoquer ce sujet si riche et précieux à notre bien-être.

« La différence entre le sexe et la mort, c'est que mourir, vous pouvez le faire seul et personne ne se moquera de vous » (Woody Allen, 1975).

Références

Les associations ou institutions

Pour ce travail de recherche, j'ai contacté différentes institutions travaillant dans le domaine de la dépendance ou de la réinsertion professionnelle, ainsi que des institutions pour personnes en situation de handicap mental, ou alors je me suis basée sur leur site internet afin d'obtenir un maximum de renseignements.

Association Pygmalion

L'Association Pygmalion à Sion propose un encadrement individuel dans le but de développer une situation inconfortable au niveau de l'intégration sociale, professionnelle ou simplement dans le quotidien des bénéficiaires. La mission de l'Association est d'aider les personnes déficientes et/ou démunies à s'intégrer ou à se réinsérer dans un contexte social valorisant. L'Association Pygmalion offre ses services pour différentes populations, notamment les *personnes dépendantes en voie de rétablissement qui cherchent une réinsertion sociale et/ou professionnelle* (Pygmalion, 2013).

Fondation Phénix – Genève

La Fondation Phénix est une fondation privée reconnue d'utilité publique, spécialisée dans le traitement ambulatoire des addictions avec ou sans substances. Les équipes multidisciplinaires, fortement spécialisées et formées en continu, proposent une large palette d'approches thérapeutiques, individuelles ou groupales, spécifiques au domaine des addictions. La Fondation Phénix comprend 5 centres répartis sur le canton de Genève. Parmi ces cinq centres, trois sont spécialisés dans le traitement d'addictions avec et sans substances, donc pour le traitement d'une addiction sexuelle (Fondation Phénix, 2013).

HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève)

Les HUG comprennent un service d'addictologie dont la mission est d'assurer le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients souffrant de problèmes d'addiction (avec et/ou sans substances), de mettre en œuvre le traitement intégré psychiatrique et psychothérapeutique au long cours pour des comorbidités psychiatriques associées aux addictions et de soutenir la prévention secondaire et tertiaire des addictions chez les patients présentant des comorbidités psychiatriques (HUG, 2013)

Clinique Belmont

La Clinique Belmont, établissement fondé en 1978, est une pionnière en Suisse dans le traitement des addictions et des troubles alimentaires. Elle travaille à partir d'un programme cognitivo-comportemental et systémique et appuie son approche thérapeutique sur le strict principe du volontariat du patient. La Clinique Belmont comprend trois domaines distincts : les addictions aux substances, les troubles alimentaires et les addictions comportementales. Parmi ces dernières figurent justement la dépendance sexuelle. (Clinique Belmont, 2013)

Au début des recherches, un entretien a été mené avec la directrice de cette Clinique, Mme S. Nicole, psychologue et spécialiste de l'addiction sexuelle. Cet entretien a permis de réorienter la question de recherche, et surtout d'apporter un complément aux différents concepts théoriques abordés, voire d'en apporter des nouveaux.

Le CRMT (Centre Résidentiel à Moyen Terme)

Le CRMT est une institution genevoise s'adressant aux personnes toxicodépendantes sevrées (exception des traitements de substitution, majeures, en entrée volontaire). Celui-ci avait été recommandé par Mme S. Nicole lors de l'entretien, car c'est au CRMT qu'ils adressent leurs patients après le sevrage, pour la phase de resocialisation et de réinsertion dans la vie professionnelle. Il offre notamment :

- Un appui pour une expérience de vie sans consommation de drogue,
- Un cadre de vie sécurisant et stimulant,
- Un lieu de ressourcement et d'évaluation,
- L'acquisition de nouvelles compétences,
- L'aide à la réflexion et à de nouvelles orientations possibles.

Le Toulourenc

Le Toulourenc est une institution résidentielle à long terme. Elle s'adresse aux personnes qui désirent se libérer de la consommation de drogue et demandent un appui pour leur insertion sociale et professionnelle. Le Toulourenc offre notamment :

- Un soutien à la personne qui souhaite comprendre son parcours de toxicomane,
- La construction d'une vie sans produit,
- La construction de nouvelles relations,
- L'acquisition de compétences professionnelles, sociales et culturelles,

- La restauration des liens malmenés dans l'entourage.

Le Toulourenc s'adresse également aux personnes toxicodépendantes sevrées (exception des traitements de substitution) majeures, en entrée volontaire.

Bibliographie

- AGTHE DISERENS Catherine (2013), *Sexualité et handicaps. Entre tout et rien....* Saint-Maurice : Saint-Augustin
- ANDROUTSOS Georges (2005), *De l'onanisme à la masturbation. Une note historique*. Histoire de l'andrologie, Faculté de médecine, Université d'Ioannina, Grèce.
- CAMPAGNA Norbert (2012), *La sexualité des handicapés. Faut-il seulement la tolérer ou aussi l'encourager ?*. Genève : Labor et Fides
- CASTA-ROSAZ Fabienne (2004), *Histoire de la sexualité en Occident*. Paris : Editions de la Martinière
- CUSSON Maurice (1992), « *Déviance* ». Université de Montréal, Canada
- DEBRAY Quentin, DE SUTTER Pascal (2013), *L'addiction sexuelle, idées reçues sur une souffrance méconnue*. Paris : Le Cavalier Bleu
- GAILLARD Arnaud (2009), *Sexualité et prison. Désert affectif et désirs sous contrainte*. Paris : Max Milo Editions
- GOMEZ Jean-François, VALLON Serge (2005), *Intimité et sexualité dans le travail social, VST – Vie sociale et traitements*. 2005/2 n°86, ERES
- IONESCU S., JACQUET M.-M., LHOTE C. (1997), *Les mécanismes de défense*. Paris : Editions Nathan.
- KARILA Laurent, BENHAÏEM Annabel (2013), *Accro ! Nouvelles addictions : sexe, internet, shopping, réseaux sociaux... toutes les clefs pour s'en sortir*. Lonrai : Flammarion
- LE POULICHET Sylvie (2000), *Les addictions*. Paris : Presses Universitaires de France
- LESAGE DE LA HAYE Jacques (1998), *La Guillotine du sexe. La vie affective et sexuelle des prisonniers*. Paris : L'Atelier/Editions Ouvrières
- LHOMOND Brigitte, STUART Michaels (2000), *Le journal des anthropologues, Homosexualité/hétérosexualités : les enquêtes sur les comportements sexuels en France et aux USA*. Association française des anthropologues
- MAQUELIN Géraldine (2009), *Intimité, affectivité, sexualité et handicap... Un accompagnement subtil et délicat pour les éducateurs sociaux*. Mémoire de fin d'études, HEVS Sierre
- MEMMI Albert (2005), *La dépendance*. Saint-Amand : Folio essais (édition revue et corrigée)
- MORENO Tanya, LOVEY Bérénice (2012), *Voyage au cœur des soins : quand l'éducateur se retrouve « nu » face à l'intimité du bénéficiaire*. Mémoire de fin d'études, HEVS Sierre
- NUSS Marcel (2012), *Je veux faire l'amour. Handicap, sexualité, liberté*. Paris : Autrement
- NUSS Marcel (2008), *Handicaps et sexualités*. Le livre blanc, Paris : Dunod
- SAINT-AIME Sandra (2009), *Sexualité et handicap, de l'angélisation à l'épanouissement affectif et sexuel*. Marseille : Editions Saint-Aimé

SANDIS Florence, DUMONTEIX Jean-Benoît (2012), *Les Sex-Addicts, quand le sexe devient une drogue dure*. Paris : Editions Hors Collection

TOUIL Ahmed Nordine (2008), *Sexualités inavouables, sexe, handicap et travail social*. Le Sociographe n°27, dossier coordonné par Ahmed Nordine Touil, Formateur à l'IREIS Rhône-Alpes, enseignant en sociologie.

VALLEUR Marc, MATYSIAK Jean-Claude (2004), *Les nouvelles formes d'addictions. L'amour, le sexe et les jeux vidéo*. Paris : Flammarion

Sites Internet

Activita Care Management (2013), *Qu'est-ce que le Case Management*, www.activita.ch/definition.php?weiche=FR, page consultée le 3 août 2013

Addiction Suisse (2013), www.addictionsuisse.ch, page consultée le 16 septembre 2013

Addiction Valais (2013), www.addiction-valais.ch, page consultée le 16 septembre 2013

Association des étudiants et chercheurs en ethnologie, sociologie et philosophie : La Pirogue (1998), <http://lapirogue.free.fr/pdf/histoire%20de%20la%20sexualit.pdf>, page consultée le 22 février 2014

Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM) (2013), www.entretienmotivationnel.org, page consultée le 27 décembre 2013

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA Région Corse) (2013), www.anpaa-corse.fr, page consultée le 7 août 2013

Athanase (2013), http://www.athanase.org/index.php?option=com_content&view=article&id=582:le-comte-de-villamediana-francais&catid=1:poesies&Itemid=2, page consultée le 25 septembre 2013

Babelio (2012), <http://www.babelio.com/auteur/Abraham-Harold-Maslow/159858>, page consultée le 4 mai 2014

Canoe.ca (2009), *Le sexe chez les Papous*, <http://fr.canoe.ca/artdevivre/styledevie/article1/2009/02/18/17606276-fa.html>, page consultée le 26 avril 2014

CEFA asbl (2008), <http://www.asblcefa.be/cefa/images/pdf/evolutionsocialenorme.pdf>, page consultée le 23 février 2014

Centre Hospitalier Universitaire de Nancy (CHU) (2013), www.chu-nancy.fr, page consultée le 7 août 2013

Check Point Vaud, Centre de santé sexuelle (2013), *l'addiction sexuelle, une notion polémique*, www.checkpoint-vaud.ch/sante-sexuelle/problemes/addiction-sexuelle-2/, page consultée le 7 août 2013

CJPMO (2011), Fiche info : *la communauté LGBT au Moyen-Orient*, <http://www.galanet.eu/dossier/fichiers/LGBT%20Moyen-Orient.pdf>, page consultée le 26 avril 2014

- Clinique Belmont (2013), *traitement des addictions et des troubles alimentaires*, www.cliniquebelmont.ch, page consultée le 3 août 2013
- CNDP (2014), <http://www.cndp.fr/entrepot/themadoc/vivre-sa-sexualite-les-bases-neurobiologiques-du-comportement-sexuel/reperes/evolution-du-comportement-de-reproduction.html>, page consultée le 24 août 2014
- Crips Îles-de-France (2014), *Aborder la sexualité et la prévention dans le cadre du handicap mental*, <http://www.lecrips-idf.net/rubrique386.html>, page consultée le 6 février 2014
- Des conseils psychologiques pour mieux vivre (2013), *qu'est-ce que l'interdisciplinarité ?*, www.psychologue.levillage.org, page consultée le 3 août
- Drogues Info Service (2012), *Pour s'informer, pour en parler*, http://www.drogues-info-service.fr/spip.php?page=reponse&id_question=2462, page consultée le 2 mai 2014
- Ecole d'études sociales et pédagogiques – Lausanne (EESP) (2013), *le Case Management, quelles vertus lui prêter ?*, www.eesp.ch, page consultée le 3 août 2013
- Enable Nation Unies (2014), *développement et droits de l'homme pour tous*, <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>, page consultée le 26 avril 2014
- Etudes Océan Indien (2010), *Amour et sexualité du côté de l'Océan Indien occidental*, <http://oceanindien.revues.org/920>, page consultée le 26 avril 2014
- Exploratio – Explorator (2014), <http://exploratioexplorator.wordpress.com/production-deviance-exclusion/formes-de-maltraitance-institutionnalisees>, page consultée le 22 février 2014
- Fondation Phénix, dépasser l'addiction (2013), <http://www.phenix.ch>, page consultée le 3 août 2013
- Haute école de travail social Genève (2013), *Qu'est-ce que le travail social ?*, <http://www.hesge.ch/hets/formation-base/bachelor-arts-en-travail-social>, page consultée le 12 novembre 2013
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (2013), www.hug-ge.ch, page consultée le 3 août 2013
- Houde Nathalie (2008), *INTIMENT VÔTRE... Quelques notions sur l'intimité*, <http://www.sexologuesholistiques.com/pdf/s/intimite.pdf>, page consultée le 22 février 2014
- Insieme (2014), <http://insieme.ch/handicap-mental/definitions/?lang=fr>, page consultée le 6 février 2014
- Institut de Recherche et de Développement (2014), *La fabrique des identités sexuelles*, <http://www.autrepart.ird.fr/editos/editos/edito49.htm>, page consultée le 26 avril 2014
- IPPF, Déclaration des droits sexuels de l'IPPF (2008), https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/04/pdf_ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf, page consultée le 5 février 2014
- Larousse (2014), http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Michel_Foucault/120008, page consultée le 26 avril 2014

- La salamandre enchaînée, (2013) <http://la-salamandre-enchainees.over-blog.com/article-23621350.html>, page consultée le 19 novembre 2013
- Libération Culture (2010), http://www.liberation.fr/culture/2010/02/05/dans-mon-pays-la-sexualite-est-un-crime_2598?photo_id=117639, page consultée le 26 avril 2014
- Maison des sciences sociales du handicap (MSSH) (2013), *Sexualité et handicap*, http://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2013/03/biblio_sexualite.pdf, page consultée le 26 avril 2014
- Ministère des affaires sociales et de la santé (2011), http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/d_usagers-2.pdf, page consultée le 16 mars 2014
- Mise au Point (2012), *émission du 25 janvier 2012*, <http://www.rts.ch/video/emissions/mise-au-point/3713619-l-addiction-sexuelle-n-est-pas-un-mythe-trois-romands-temoignent.html>
- Observatoire Régional de la Santé Nord (2009), http://www.orsnpdc.org/observation/195687_1intimite.pdf, page consultée le 5 février 2014
- Observatoire Valaisan de la Santé (OVS) (2013), www.ovs.ch, page consultée le 27 décembre 2013
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014), http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/, page consultée le 5 février 2014
- Penny Middleton (2014), *Peace, Love, & Acting*, <http://pennymiddleton.wordpress.com>, page consultée le 24 septembre 2014
- Pisourd (2014), http://www.pisourd.ch/Seq_Def_print.php?IDterme=191762&NoPrint=1, page consultée le 24 août 2014
- Psychologie.Com (2009), <http://www.psychologies.com/Dico-Sexo/Masturbation>, page consultée le 16 mars 2014
- Psychoplus (2013), http://therapiesenligne.be/Freud_Totems_Tabous.pdf, page consultée le 5 octobre 2013
- Pygmalion Association Valaisanne (2013), www.pygmalion-vs.ch, page consultée le 3 août 2013
- SANTE SEXUELLE Suisse (2014), <https://www.sante-sexuelle.ch/fr/nos-activites/droits-sexuels/>, page consultée le 24 septembre 2014
- Sciences Humaines (2013), http://www.scienceshumaines.com/l-invention-de-l-heterosexualite_fr_28409.html, page consultée le 16 mars 2014
- Site officiel du canton du Valais (2014), <http://www.vs.ch>, page consultée le 11 janvier 2014
- Suite 101 (2013), *Mai 68 : une libération en tout genre*, <http://suite101.fr/article/mai-68-une-liberation-en-tout-genre-a1179>, page consultée le 26 avril 2014
- Travail-social (2009), <http://www.travail-social.com/Responsabilite-ethique-du-travail>, page consultée le 24 septembre 2014
- Une entreprise et des hommes (2014), http://une-entreprise-et-des-hommes.fr/wp-content/uploads/2014/06/Maslow-pyramide_001-320x304.jpg, page consultée le 16 mars 2014

Vogay (2014), *Association vaudoise de personnes concernées par l'homosexualité*
<http://www.vogay.ch/old/brochure/lorigine.htm>, page consultée le 23 août 2014

Wikipédia (2013), *liste des phénomènes de mode*,
http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_ph%C3%A9nom%C3%A8nes_de_mode, page consultée le 25 septembre 2013

Cours HES – HES SO Valais/Wallis, filière Travail Social

BOULE Christophe, *Eléments d'histoire et repères du TS*, module A2 «Travail social et action professionnelle», septembre 2011

CHARRIERE Evelyne, *Le cycle d'une politique publique*, module B3 « les Organisations », mars 2012

DEBONS Raphaël, module G10, « Enjeux actualisés de l'éducation sociale », avril 2013

Annexe : Grille d'entretien

	Addiction sexuelle			Handicap mental		
	Principale	Secondaire	Objectif	Principale	Secondaire	Objectif
Intimité -Vous face à -L'institution face à	Comment l'intimité est abordée entre vous et l'usager ? Pour une femme, un homme ? Et entre l'usager et l'institution ?		Travailler l'hypothèse	Comment l'intimité est abordée entre vous et l'usager ? Pour une femme, un homme ? Et entre l'usager et l'institution ?		Travailler l'hypothèse
Réaction -Vous face à -L'institution	Avez-vous déjà été confronté à des personnes addictes sexuelles ?			Abordez-vous les questions d'intimité avec la famille de l'usager ?		
Intégration -Vous face à -L'institution	Comment intégrez-vous les questions d'intimité avec les usagers ?		Travailler l'hypothèse	Comment intégrez-vous les questions d'intimité avec les usagers ?		Travailler l'hypothèse
Sexualité -Normale -Pas avouable Usager Vous institution	Comment la sexualité ou les questions liées à la sexualité est abordée entre vous et l'usager ? Pour une femme, un homme ? Et entre l'usager et l'institution ?		Travailler l'hypothèse	Comment la sexualité ou les questions liées à la sexualité est abordée entre vous et l'usager ? Pour une femme, un homme ? Et entre l'usager et l'institution ?		Travailler l'hypothèse
Réaction -Vous face à -L'institution	Comment réagissez-vous lorsqu'un usager a un comportement que vous considérez comme « inadapté » ou « déviant » à votre égard, toujours en rapport à la sexualité ?		Travailler l'hypothèse	Comment réagissez-vous lorsqu'un usager a un comportement que vous considérez comme « inadapté » ou « déviant » à votre égard, toujours en rapport à la sexualité ?	Vous est-il déjà arrivé de refuser quelque chose d'ordre sexuel à un résident ? (il aborde le sujet de la sexualité et vous coupez court à la conversation)	Travailler l'hypothèse

	Existe-il une convention, charte, règlement sur la sexualité dans votre institution ? Comment réagissez-vous lorsqu'une personne aborde la question de l'addiction sexuelle ? Qu'avez-vous mis en place ?	Qui l'a écrit ? Depuis quand existe-il ? Vous est-il déjà arrivé de refuser de travailler avec un usager car celui-ci souffrait d'addiction sexuelle ? Pour une femme, un homme ?	Travailler l'hypothèse Travailler l'hypothèse	Existe-il une convention, charte, règlement sur la sexualité dans votre institution ?	Qui l'a écrit ? Depuis quand existe-il ?	Travailler l'hypothèse
Espace de parole pour l'usager	Est-ce que l'usager peut parler ouvertement des questions de sexualité et d'intimité dans l'institution ?	Jusqu'à quel point ?	Travailler l'hypothèse	Est-ce que l'usager peut parler ouvertement des questions de sexualité et d'intimité dans l'institution ?	Jusqu'à quel point ?	Travailler l'hypothèse
Accompagnement	De quelles offres ou prestations les usagers bénéficient-ils en matière de sexualité dans votre institution ? Pour une femme, un homme ?	Que proposez-vous concrètement à une personne addictée sexuelle ? Pour une femme, un homme ?	Travailler l'hypothèse	De quelles offres ou prestations les usagers bénéficient-ils en matière de sexualité dans votre institution ? Pour une femme, un homme ? Vous est-il déjà arrivé de négliger une demande (sexuelle) de la part d'un usager	Avez-vous déjà fait appel à un intervenant extérieur (prostituée, assistante sexuelle) ? Existe-il des assistants sexuels ou seulement assistantEs ?	Travailler l'hypothèse Travailler l'hypothèse
Travail en réseau	Discutez-vous de la sexualité des usagers avec vos collègues ou des intervenants extérieurs ?		Travailler l'hypothèse	Discutez-vous de la sexualité des usagers avec vos collègues ou des intervenants extérieurs ?		Travailler l'hypothèse
Avouable - Inavouable	Qu'est-ce qui est avouable pour vous dans la sexualité ?	Comment définiriez-vous quelque chose d'inavouable ?	Travailler l'hypothèse	Qu'est-ce qui est avouable pour vous dans la sexualité ?	Comment définiriez-vous quelque chose d'inavouable ?	Travailler l'hypothèse

	<p>Jusqu'à quel point devrait-on en parler ouvertement ?</p> <p>Pensez-vous que l'addiction sexuelle est quelque chose d'inavouable ?</p>			<p>Jusqu'à quel point devrait-on en parler ouvertement ?</p> <p>Pensez-vous que la sexualité des personnes handicapées mentales est quelque chose d'inavouable ?</p>		
Avis personnel	<p>Que pensez-vous de l'addiction sexuelle ?</p>			<p>Que pensez-vous de la sexualité des personnes handicapées mentales ?</p>		